

THESIS

MARBURG

1967

Aus der Universitäts-Nervenlinik Marburg an der Lahn

Direktor: Prof. Dr. H. Jacob

**Katamnestische Untersuchungen zur Psychosomatik
der Colitis ulcerosa:**

**Das Auftreten
psychischer und körperlicher Symptome
nach Kolektomie und Teilkolektomie**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Wolfhart Puhl

aus Kassel

Marburg 1967

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Aus der Universitäts-Nervenlinik Marburg an der Lahn

Direktor: Prof. Dr. H. Jacob

**Katamnestische Untersuchungen zur Psychosomatik
der Colitis ulcerosa:**

**Das Auftreten
psychischer und körperlicher Symptome
nach Kolektomie und Teilkolektomie**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Wolfhart Puhl

aus Kassel

Marburg 1967

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der
Universität Marburg/Lahn am: 1.12.1967
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof.Dr.med. R. Siegert

Referent: Prof.Dr.med. U. Spiegelberg

Korreferent: Prof.Dr.med. et Dr.phil. H. Ehrhardt

Herrn Prof.Dr.med. H. Jacob, Direktor der
Universitäts-Nervenlinik Marburg/Lahn,
danke ich für die Bereitstellung der Thematik
und die Erlaubnis, in der Universitäts-
Nervenlinik arbeiten zu dürfen.

Herrn Prof. Dr.med. et Dr.phil. H. Ehrhardt,
sage ich meinen Dank für die Übernahme des
Correferates.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn
Prof.Dr.med. U. Spiegelberg für die Unter-
stützung und Beratung bei der Gestaltung
und Entstehung dieser Arbeit.

INHALT

Seite

I. VORWORT

- 1. Einleitung
- 2. Zwecksetzung, Bedeutung, Ziele

II. THEORETISCHES

- 1. Material und Methode
- 2. Ergebnisse

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit gewidmet

- 1. Einleitung
- 2. Theoretische Grundlagen
- 3. Methodik
- 4. Ergebnisse
- 5. Zusammenfassung
- 6. Literaturverzeichnis
- 7. Anhang
- 8. Bibliographie

III. EXPERIMENTELLES

- 1. Einleitung
- 2. Theoretische Grundlagen
- 3. Methodik
- 4. Ergebnisse
- 5. Zusammenfassung
- 6. Literaturverzeichnis
- 7. Anhang
- 8. Bibliographie

IV. DISKUSSION, SCHLUSSE, VERWENDUNG

V. ZUSAMMENFASSUNG

VI. LITERATURVERZEICHNIS

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
A. ALLGEMEINES	
I. Einleitende Bemerkungen	1
II. Fragestellung, literarischer Ansatz	2
B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	
I. Material und Methode	5
II. Die Fälle	7
III. Ergebnis der Untersuchungen	107
1. Primärpersönliche Auffälligkeiten	107
2. Biographische Faktoren	107
3. Syndrom-Wechsel	108
4. Cerebraloorganische Faktoren	113
5. Zur Frage depressiver Verstimmungen bei der Colitis ulcerosa	
6. Abdominalbeschwerden nach der Operation	116
C. LITERATURREFERAT	
I. Arbeiten zur Psychogenese, Soziogenese und Psychotherapie	117
II. Arbeiten zur Colitis ulcerosa aus internistischer und chirurgischer Sicht	129
D. ERGEBNISSE, DISKUSSION, SCHLUSSEFOLGERUNG	132
E. ZUSAMMENFASSUNG	140
F. LITERATURVERZEICHNIS	142

A. A L L G E M E I N E S

I. Einleitende Bemerkungen

Die Colitis ulcerosa wurde nach Bockus im Jahre 1875 erstmalig von Sir William Wilks beschrieben. Weitere klinische Beiträge zu dieser Erkrankung erschienen erheblich später, wobei im deutschen Sprachgebiet die bei Deucher zitierten Arbeiten von B o a s, 1903, R o s e n h e i m, 1908 und A. S c h m i d t, 1914, erwähnt seien. Zu dem ausgeprägten Interesse, das die Colitis ulcerosa bei angloamerikanischen Autoren gefunden hat, haben sicher frühe grundlegende Arbeiten von B a r g e n wesentlich beigetragen. Neben den klassischen Zweigen der Medizin befaßte sich anfangs der 30iger Jahre die eben in der Entstehung begriffene Psychosomatische Medizin mit dieser Erkrankung. (M u r r a y, 1930; S u l l i v a n, 1936). Die in diesem Arbeitsgebiet anfallenden Arbeiten haben inzwischen eine kaum zu überblickende Zahl erreicht. (Übersichtsreferate: D u n b a r, L o p e z - I b o r, S p i e g e l b e r g). Sehr früh erschienen im Schrifttum ätiologische Überlegungen, die sich mit einer infektiösen Genese der Colitis ulcerosa befassen. Es sei hier B a r g e n erwähnt, der einen grampositiven Diplostreptococcus bei zahlreichen Colitikern isolieren konnte, welcher ein der Colitis ähnliches Bild verursachte, wenn man ihn Meerschweinchen injizierte. Heutige Überlegungen gehen dahin, diesem und anderen Keimen lediglich eine sekundäre Bedeutung im vorgeschädigten Darm beizumessen. Im Gespräch ist aber derzeit noch die Frage, ob eine bacilläre Ruhr die Ursache einer Colitis ulcerosa werden kann (F e l s e n, zit. bei Deucher).

Heute sind neben der psychosomatischen Hypothese der Pathogenese der Colitis ulcerosa noch die Autoimmunitäts- die Allergie- und die Kollagenosetheorie

von Bedeutung.

Die psychosomatische Literatur gliedert sich auf in psychoanalytische, experimentalpsychologische und sozial-psychologische Arbeiten, wobei allerdings noch eine vierte Gruppe erwähnt werden muß, die S p i e g e l b e r g als "neurosomatisch" bezeichnet. Sie bemüht sich Zusammenhänge zwischen Hirnläsionen und internen Leiden aufzuklären. (C u s h i n g, T ö n n i s und B i s c h o f) Diesem Gebiet nahestehend müssen noch neurophysiologische Aspekte im Zusammenhang mit den sog. psychosomatischen Krankheiten genannt werden, (M c L e a n). Ganz besonders wichtig erscheint uns in der Literatur der Hinweis auf Beziehungen zu endogenen Psychosen! (D a n i e l s, L o p e z - I b o r, S p i e g e l b e r g)

Trotz der sehr heterogenen Literatur scheint eines fast allen Autoren aufgefallen zu sein. Es ist dies das gehäufte Vorkommen von psychischen Auffälligkeiten, die in der jüngeren Literatur auch das Interesse chirurgischer und internistischer Autoren finden. Das führt erfreulicherweise dazu, daß von verschiedener Seite mehr und mehr die Forderung nach einer Zusammenarbeit zwischen Internisten, Chirurgen und Psychiatern - bzw. Psychosomatikern - gefordert wird, um auf diese Weise dem vielschichtigen Bild in Ätiologie und Pathogenese immer noch völlig unklaren Krankheit diagnostisch und therapeutisch besser entsprechen zu können.

II. Fragestellung, literarischer Ansatz

Die vorliegende Arbeit basiert auf der psychosomatischen Hypothese der Colitis ulcerosa. Danach ist der somatische Teil einer "psychosomatischen Gleichzeitigkeit", (M i t s c h e r l i c h)

oder eines "psychosomatischen Gleichzeitigkeitskorrelats" (S c h u l z - H e n k e). Bei der Betrachtung psychosomatischer Erkrankungen stellt sich die Frage, ob bei der Entstehung der Erkrankung ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil (D u n b a r) oder eine bestimmte Konfliktsituation (A l e x a n d e r) vorherrscht. Wir werden beides voll berücksichtigen, können aber schon eingangs sagen, daß wir der Ansicht sind, daß sich beide Faktoren nicht getrennt voneinander behandeln lassen. Es wird wohl immer so sein, daß bestimmte Persönlichkeiten eben wegen ihres besonderen Profils eine größere Anfälligkeit gegenüber bestimmten Konfliktsituationen zeigen, die von anders strukturierten Menschen mühelos bewältigt werden, weil für sie diese Situation eben nicht als konflikthafte Situation erscheint. G r o e n , B a s t i a a n s und v a n d e r V a l k lenkten die Aufmerksamkeit erstmalig auf das, was sie "syndrome shift" nannten. Sie verstanden unter diesem Begriff den Wechsel zweier somatischer oder psychischer Symptome untereinander oder den Wechsel vom Psychischen zum Somatischen bzw. umgekehrt. S p i e g e l b e r g hat diesem Thema kürzlich eine ganze Arbeit gewidmet und G r o e n und Mitarbeiter geben in einer Tabelle eine Übersicht über die Ursachen des "syndrome shift". In diesem Zusammenhang möchten wir kurz L o p e z - I b o r zitieren: "Im Diencephalon existieren Nervenstrukturen, die nicht nur die vegetativen Funktionen regulieren, sondern auch die Affekte, insbesondere die an sie gebundenen und die motorischen Mechanismen, die ihrem Ausdruck dienen. Unter diesen Elementen bilden sich verschiedene Komplexe, die letztlich nichts anderes darstellen, als schematische Modelle von Verhaltensweisen.....

treten komplexe Syndrome auf, die durch das in einer bestimmten Situation vorherrschende Symptom bestimmt werden, das sich andererseits im klinischen Verlauf ändern kann, so, als ob es sich um eine Erregungswelle handelte, die nach einem bestimmten Schema über die diencephale Tastatur laufen würde." Sollte hier eine Ursache dessen liegen, was wir als "syndrome shift" bezeichnen? Unsere Arbeit will nun an Hand von acht wegen einer Colitis ulcerosa kolektomierten oder teilkolektomierten Patienten untersuchen, ob es zu anderen Symptombildungen kommt, wenn man den peripheren Manifestationsort eines psychosomatischen Syndroms chirurgisch entfernt, wobei ausgeschlossen ist, daß zusätzlich eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hat. Wenn wir eine Psychodynamik annehmen, die zur Entstehung der Colitis ulcerosa führte, müssen wir die Entstehung neuer Symptome erwarten.

Was aber können wir erwarten, wenn z.B. in der auslösenden Konfliktsituation wesentliche soziologische Faktoren verschwinden?

Endlich ist noch auf eine in der psychosomatischen Literatur häufig gestreifte Frage hinzuweisen, die in der neueren Literatur besonders von L o p e z - I b o r und S p i e g e l b e r g betont wird. Es ist dies die Beziehung zwischen psychosomatischen Erkrankungen und endogenen Psychosen.

Die bei vielen psychosomatischen Erkrankungen auftretenden phasischen Verlaufsformen veranlaßten L o p e z - I b o r darauf hinzuweisen, daß sie sich nach seiner Ansicht den endogenen (zyklothymen) Krankheiten näherten und er dazu neigte, diese Störungen in den thymopathischen Kreis einzuschließen. Die Arbeit bemüht sich eine möglichst umfassende Darstellung der einzelnen Fälle zu geben, die auch den klinischen Verlauf, soweit diesbezügliche Daten

zugänglich waren, einschließen soll. So hoffen wir auch für den internistisch oder chirurgisch orientierten Leser einen Beitrag zum Colitis-Problem geben zu können.

Im Gegensatz zum Ulcus pepticum, wo schon einige Arbeiten über gastrektomierte Patienten vorliegen, (B r o w n i n g u. H o u s w o r t h, N e y - m a r k, B a d a l, und K o w a l s k y) existieren solche Arbeiten über Kolektomierte unter den oben genannten Gesichtspunkten - eine Arbeit von D a n i e l s ausgenommen - bisher nicht.

B. E I G E N E U N T E R S U C H U N G E N

I. Material und Methode

Unsere Kasuistik umfaßt 8 Fälle, nämlich 4 Frauen und 4 Männer. Bis auf einen Patienten, der in der Chirurgischen Univ.-Klinik Hamburg-Eppendorf kolektomiert und später wegen eines sakralen Fistelsystems in der Chirurgischen Univ.-Klinik Marburg behandelt wurde, entstammen alle Patienten dem Operationsmaterial der Chirurgischen Univ.-Klinik Marburg/Lahn. An dieser Stelle sei dem Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik Marburg, Herrn Prof. Dr. Schwaiger, für die Überlassung der chirurgischen Krankengeschichten und die freundliche Unterstützung bei unseren Untersuchungen herzlich gedankt. Die Operationen wurden in den Jahren 1955-1964 durchgeführt, die durchschnittliche Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung betrug 5 Jahre. Das Alter der Männer bei Beginn der Erkrankung lag zwischen 24 und 45 Jahren, durchschnittlich bei 35,2 Jahren. Das Lebensalter der Männer lag zum Zeitpunkt der

Operation zwischen 27 und 54 Jahren, durchschnittlich also bei 39,5 Jahren. Bei den Frauen fanden sich folgende Verhältnisse: Alter bei Beginn der Erkrankung 28 bis 50 Jahre, Durchschnittsalter mithin 33,5 Jahre. Alter zur Zeit der Operation 29 bis 52 Jahre, also im Mittel 42,5 Jahre. Die Serie der Fälle wurde so zusammengestellt, daß keinerlei Auslesemomente berücksichtigt wurden. Es sind also die in den Jahren 1955 bis 1964 wegen einer Colitis ulcerosa kolektomierten bzw. hemikolektomierten Patienten. Einschränkend muß gesagt werden, daß die Serie insofern nicht vollständig ist, als eine Patientin und ein Patient nicht zu erreichen waren. Kein von uns untersuchter Patient war jemals psychiatrisch-neurologisch untersucht oder psychotherapeutisch behandelt worden.

Die von uns durchgeführten Untersuchungen bestanden in einer gründlichen anamnestischen Exploration, einer körperlichen Untersuchung, einer psychopathologisch-psychiatrischen Befunderhebung, einer neuroradiologischen Untersuchung (Röntgenübersichtsaufnahme des Schädels in zwei Ebenen), sowie einer elektroencephalographischen Untersuchung. Die vom Referenten untersuchten Patienten wurden, den Gepflogenheiten der Universitätsnervenklinik Marburg/Lahn folgend, zur Kontrolle der erhobenen psychiatrisch-neurologischen Befunde und zur Gesamtbeurteilung einem Oberarzt vorgestellt.

Die Patienten 4,7,8 waren nicht fähig in die Klinik zu kommen oder verweigerten den Besuch. Bei ihnen wurde ein Hausbesuch vorgenommen, der alle Untersuchungen mit Ausnahme der Röntgenaufnahme und des EEG gestattete. Eine Ausnahme bildet Patientin 4, die lediglich ein Gespräch in ihrem Haus erlaubte. Patientin 2 kam in die Klinik, gab jedoch nicht die Einwilligung zu Röntgen und EEG.

II. Die Fälle

1. Fall:

E.N., 35 J., led., Fließbandarbeiterin

Diagnose: Colitis ulcerosa gravis.

Therapie: Rektokolektomie, terminale Ileostomie.

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Mutter der Pat. gesund, In ihrer Familie keine Auffälligkeiten; insbesondere keine Stoffwechsel- Allergie- Nerven- oder Geisteskrankheiten.

Eigenanamnese: Als Kind Masern; sonst nie ernstlich krank gewesen.

Gynäkologische Anamnese: Menarche 14 jährig, Periode 24 Tage/4-5 Tage, keine Schwangerschaften, keine Dysmenorrhoe.

Zum Lebenslauf: Am 20.1.1927 wurde die Patientin als uneheliches Kind in der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg/Lahn geboren. Ihren Vater sah Frl. N. nie. Sie lebte mit ihrer Mutter bei den Großeltern in einem hessischen Dorf. Der Großvater bewirtschaftete einen kleinen Bauernhof. Die Kindheit, in der sie als einziges Enkelkind bzw. Kind im Mittelpunkt der Familie stand, wird als glücklich geschildert. Die Pat. spielte gerne viel mit Puppen, von denen sie noch heute einige besitzt. Frl.N. hatte zur Mutter ein gutes Verhältnis, fühlte sich jedoch ganz besonders zur Großmutter hingezogen. 1933 Einschulung im Alter von 6 Jahren. Die Volksschule wurde glatt durchlaufen. Das Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern war angeblich gut. Lieblingsfächer: Malen, Schönschreiben, Singen, Handarbeit, Naturkunde und Geschichte.

Im Alter von 11 Jahren wurde die Patientin von der Mutter aufgeklärt. Im Jahre 1941 wurde die Pat. 14 jährig aus der Schule entlassen. Sie besuchte dann für die Dauer eines Jahres eine Haushaltsschule. Danach arbeitete sie zwei Jahre im Kindergarten des Heimatdorfes, um einmal Kindergärtnerin zu werden. Ende 1944 wurde sie, fast 18 jährig, zum Arbeitsdienst eingezogen. Nach dem Ende des 2. Weltkrieges blieb sie dann 3 Jahre bei der Mutter im großelterlichen Hause und arbeitete danach, also ab 1948, für die Dauer von 3 1/2 Jahren als "Kulturfrau" im Wald. In dieser Zeit lernte sie einen wenige Jahre älteren Mann kennen, mit dem sie 23jährig zum erstenmal Geschlechtsverkehr hatte. Es folgte die Verlobung. In den folgenden Jahren hatte die Pat. sehr unter der Untreue des Verlobten, der sich sexuell anderen Frauen zuwandte, zu leiden. Die eigene Familie bemühte sich sehr um den Mann, der aber solches Entgegenkommen brüsk zurückwies. So löste die Pat. die Verlobung im 26. Lebensjahr. Fr1,N. hat dies alles angeblich sehr schwer getragen. Sie verließ nun das Heimatdorf und arbeitete in einem Hotel als Zimmermädchen. In dieser ganzen Zeit, in der sie angeblich keine sexuellen Beziehungen zu einem Mann unterhielt, stand sie wegen Schlaflosigkeit und Inappetenz in dauernder ärztlicher Behandlung. Mit dem Beginn des 28. Lebensjahres trat die Colitis ulcerosa auf.

Internistische Anamnese:

Im August 1955 begannen Durchfälle, die mit Gewichtsverlust verbunden waren; keine Temperaturen. Am 22.11.1955 bemerkte die Pat. erstmalig Blutbeimengungen die 14 Tage später die stationäre Aufnahme in das Kreiskrankenhaus Frankenberg notwendig machten. Es wurden täglich bis zu 10 wässrig-blutigen Stühle entleert, denen Schleimhautfetzen beigemischt waren.

Laborwerte: Hb. 50%, Ery. 3,63 Mill., Leuko. 7400 bei Linksverschiebung, BSG 70/111. Bei einer Kontrastdarstellung des Darmes fand sich der Befund einer Colitis im gesamten Dickdarmbereich und ähnliche morphologische Veränderungen im cecumnahen Anteil des Ileum. Im Colon descendens fanden sich ulceröse Veränderungen in größerer Ausdehnung. Die rektoskopische Untersuchung bestätigte den Befund einer Colitis ulcerosa. Der Magen wurde bei einer Kontrastdarstellung in Form und Motilität normal befunden. Die fraktionierte Untersuchung des Magensaftes ergab eine Subacidität; nach Reiztrank betrugen die Maximalwerte +18/+30. Im Stuhl fanden sich bei kultureller Untersuchung keine path. Keime; Gruber-Widal war negativ. Die Citrochol-Reaktion war 3 Tage nach der Aufnahme positiv, die Kahn-Reaktion zweifelhaft und die Cardiolipin-Reaktion schwach positiv; bei einer 19 Tage später durchgeführten Kontrolle waren die oben genannten Reaktionen negativ. Die Pat. bekam Ruocid, Intestin-Euvernil, Terramycin, Aureomycin, Fermentpräparate, Vitamine und Kreislaufmittel; diätetisch gab man Hackfleisch und Heidelbeerkompott. Zuletzt wurden Einläufe mit Reisstärke und Intestin-Euvernil gemacht. Unter dieser Therapie, vor allem nach den Bluttransfusionen änderte sich das anfangs anergische Krankheitsbild und zeigte zuletzt einen hochfieberhaften Verlauf. Das Allgemeinbefinden der zunächst depressiven Pat. besserte sich dabei. Das Hb. stieg auf 75% bei 4,14 Mill Ery. an, die BSG fiel vorübergehend auf 48/77 ab, um dann wieder auf 64/100 anzusteigen. Die Zahl der Stühle reduzierte sich auf 5 pro Tag, wobei sie nach wie vor wässerig waren, jedoch weniger Schleim- und Blutbeimengungen zeigten. Im EKG fand man eine Schädigung des rechten Herzens; eine gynäkologische Untersuchung fand ein hypoplastisches Genitale ohne krankhaften Befund.

Zur weiteren Behandlung wurde die Pat. in die

Medizinische Klinik der Universität Marburg/Lahn überwiesen. Dort sah man bei der Aufnahme eine rothaarige Pat. in deutlich reduziertem Allgemeinzustand. Die Haut war trocken und schilfrig im Sinne einer Ichthyosis, das Colon descendens wurde leicht druckschmerzhaft befunden, Thorax röntgenologisch und physikalisch o.B., die Röntgenaufnahme des Colon ergab den Befund einer ausgedehnten Colitis, die vom Ende des Ileum bis zum unteren Rektum reichte. Die Rektoskopie ergab, daß die entzündlichen Veränderungen schon unmittelbar über dem Analring begannen. Die Pat. entleerte bis zu 10 mal am Tag wässrig-blutige Stühle. Die BSG war auf 60/95 beschleunigt, das Hämoglobin auf 70% reduziert, das weitere Blutbild unauffällig. Pathogene Darmkeime waren auch jetzt nicht nachweisbar. Die Pat. bekam erneut Intenstin-Euvernil, außerdem Taleudron, worauf sie jedoch nicht ansprach. Nachdem zunächst keine Temperaturen bestanden hatten, fieberte sie ab der 3. Woche bis nahezu 40 Grad. Auch Diättage mit Bananen und rohem Fleisch brachten keine entscheidende Besserung, ebensowenig der Versuch mit Azulon und Enterovioform. Eine deutliche Besserung wurde erst erreicht als man 40 mg Prednisolon gab, das in den folgenden Tagen langsam abgebaut wurde. Die Temperaturen fielen ab, die Senkungsbeschleunigung wurde geringer, die Zahl der Stühle weniger, sie waren zum Teil geformt; das subjektive Befinden der Pat. besserte sich. Als dann das Präparat abgesetzt wurde, kam es erneut zum alten Krankheitsbild, und bei wiederholter Gabe sprach die Pat. kaum noch auf Prednisolon an. Um einer weiteren Anämisierung vorzubeugen, bekam Fr. N. mehrere Bluttransfusionen. Es gelang so den zwischenzeitlich gefundenen Hb.-Wert von 55% auf 75% anzuheben. Nach weiterer entsprechender Vorbereitung wurde die Patientin in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg/Lahn verlegt, da man der Meinung war,

eine internistische Behandlung führe zu keiner Besserung des Krankheitsbildes.

Chirurgische Anamnese:

Durch einen Paramedianschnitt wurde die Bauchhöhle eröffnet. Das ganze Colon war schlauch- bzw. wurstförmig verändert, verdickt und verengt. Es fühlte sich wie ein harter Schlauch an und zeigte an seiner Oberfläche nicht den normalen spiegelnden Glanz der Serosa, sondern weißliche Verdickungen. Angesichts dieses ausgedehnten Befundes, der sich völlig mit dem klinischen deckte, wurde der Entschluß zur totalen Kolektomie gefaßt. Da die Ileocoecal-Klappe makroskopisch und palpatorisch schon verändert war, wurde außer dem gesamten Colon auch der Dünndarm bis 7 cm oberhalb der Ileocoecal-Klappe reseziert. Das Ileum wurde transrektal rechts in typischer Weise als terminale Ileostomie herausgeleitet und das Rektum von sakral her ohne Resektion des Steißbeines amputiert. Die Pat. überstand den großen Eingriff überraschend gut. Unter entsprechendem Elektrolytersatz und Terramycinschutz war der Heilverlauf vollkommen ungestört. Es konnte der Pat. die von Deucher angegebene Gummipelotte angepaßt werden. Frl.N. erholte sich ausgezeichnet und nahm durchschnittlich täglich 100 Gramm zu. Der Stuhl begann sich langsam einzudicken. Die histologische Untersuchung des resezierten Dickdarmes ergab den Befund einer Colitis ulcerosa gravis, wobei sich Anhaltspunkte für einen malignen Prozess oder eine Tbc. nicht ergaben. Das chronische Ekzem, das bereits ein halbes Jahr vor Beginn der Colitis ulcerosa begonnen hatte und am stärksten am Stamm ausgebildet war, ging ohne entsprechende Behandlung völlig zurück. Da kurz vor der Entlassung eine Serumhepatitis auftrat - Serumbilirubin 5,2 mg%, Takata-Ara 70 mg%, Hb. 85% -,

wurde die Pat. erneut in die Medizinische Klinik verlegt. Sie klagte über Schmerzen im rechten Oberbauch, Ziehen in den Gelenken und über dyspeptische Beschwerden. Unter entsprechender Behandlung verschwanden die Beschwerden schnell. Zwischenzeitlich hatte bei einer Leukozytenzahl von 6300 eine starke Lymphozytose bestanden. Nachdem alle Leberfunktionsproben normal ausgefallen waren, konnte die Patientin bereits nach etwa drei Wochen in gutem Allgemeinzustand beschwerdefrei nach Hause entlassen werden. Eine Leberschonkost wurde angeraten.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei der Pat. um einen ruhigen, ausgeglichenen, passiven, wenig intelligenten Menschen, der bei den Alterskameraden weder im positiven noch im negativen Sinne auffiel. Da kein Vater im Hause war - FrL.N. wurde als uneheliches Kind geboren - entwickelte sich ein sehr enges Verhältnis zur Mutter, besonders aber zur Großmutter.

Psychiatrisch:

Die sehr kinderliebe Pat. zeigte bis zum 23. Lebensjahr angeblich keine Tendenzen zum anderen Geschlecht. Es war nicht sicher, inwieweit dabei die Tatsache der eigenen unehelichen Geburt eine Rolle spielte. Neun Jahre nach der Entlassung aus der Volksschule lernte die 23jährige Patientin einen wenige Jahre älteren Mann kennen, mit dem sie nach dem Eheversprechen zum erstenmal Geschlechtsverkehr hatte. In den folgenden 3 Jahren kam es durch die Untreue des Verlobten zu starken psychischen Belastungen. Um weiteren Demütigungen zu entgehen, löste FrL.N. die Verlobung im 26. Lebensjahr und verließ das Heimatdorf. Nach ihren Angaben hat sie nunmehr keine

sexuellen Beziehungen zu einem Mann unterhalten. Als Zimmermädchen arbeitete sie nun in einem Hotel. Da quälende Schlaflosigkeit, ausgeprägte Inappetenz und Abgeschlagenheit, verbunden mit einer depressiven Grundstimmung auftraten, stand sie dauernd in ärztlicher Behandlung. Nachdem zuvor eine Obstipation bestanden hatte trat dann im 28. Lebensjahr die Colitis auf; Inappetenz und Schlaflosigkeit verschwanden und das depressive Bild verstärkte sich. Nach der totalen Kolektomie, die sehr gut überstanden wurde, verschwanden die depressiven Verstimmungen. Es entwickelten sich jedoch nach der Operation heftige, in 14tägigem Abstand auftretende Cephalgien und eine Adipositas mäßigen Grades, nämlich 60 kg bei einer Körpergröße von 160 cm. Vor der Operation hatte sie ein Gewicht von 35 kg.

Nach der Entlassung aus der Universitäts-Klinik Marburg/Lahn kehrte die Patientin wieder in ihr Heimatdorf zurück und lebte dort mit der Mutter und einem unverheirateten Onkel zusammen. Nachdem ein Kurs für Schreibmaschine und Stenographie erfolglos abgebrochen wurde, nahm sie eine Fließbandarbeit in einer Hemdenfabrik an, wo sie im Akkord arbeitete. In der Freizeit spielte sie mit den Kindern der Nachbarn und mit ihren Puppen, die sie noch aus ihrer Kinderzeit besaß; sie machte ferner mit ihrer Freundin Wanderungen oder handarbeitet. Die Pat. ist gerne viel und kann auch fast alles vertragen. An die Tatsache des Anus praeter scheint sie sich vollkommen gewöhnt zu haben. Sie ist angeblich mit ihrem so geführten Leben zufrieden und bedauert es auch nicht, unverheiratet geblieben zu sein. Dieses Thema hat sie offensichtlich völlig abgeschlossen und wieder die Rolle des Kindes im mütterlichen Haushalt eingenommen, inder sie heute ohne Konfliktsituationen

leben kann.

Intern:

35jährige adipöse Patientin in gutem Allgemeinzustand, Körpergröße 160 cm, Gewicht 60 kg, Gebiß saniert, Zunge feucht, nicht belegt, Rachen reizlos, Pulmo auskultatorisch und perkutorisch o.B., Cor nicht vergrößert, Aktion regelmäßig, Töne rein, RR 140/90, Puls 68/Min., weiche, adipöse Bauchdecke, Anus praeter transrektal rechts in reizloser Umgebung mit Pelotte versorgt und gut funktionierend Leber und Milz nicht vergrößert, Nierenlager frei, an den Extremitäten keine Besonderheiten.

Psychischer Eindruck:

Wir sehen eine einfach gekleidete und frisierte Frau mit Neidung zu Ungepflegtsein, schlaffe Körperhaltung, langsame, harmonische Bewegungen, spärliche Mimik und Gestik, Händedruck schlaff; Frl.N. wirkte gleichgültig, manchmal gehemmt und mißtrauisch; bei eintöniger Sprechmelodie war die Sprechweise unbeholfen und stockend, die Bewußtseinslage war klar.

Elektroencephalographische Untersuchung:

Spärlicher, niedrig gespannter und zudem unregelmäßiger alpha-Rythmus von 10 - 13/sec. Etwas zahlreicher sind ebenfalls sehr kleine beta-Wellen von 15 - 20/sec.. Die Amplitude der alpha- und beta-Aktivität liegt meist zwischen 5 und 30 mikroV. Unter Hyperventilation kommt es dann zu einer merklichen alpha-Aktivierung und periodenweise auch zu einer deutlichen Regularisierung des Grundrythmus. Die alpha-Aktivität liegt dann in der Frequenz um 12/sec. Beurteilung: Normales EEG, kein Herdbefund.

Neuroradiologische Untersuchung:

Hirnschädelasymmetrie, die Kalotte und Basis gleichsinnig betrifft. Pariet. Venenstern. Lageger. Falx- und Epiphysenkalkschatten. Keine path. intracr. Verkalkungen. Sellaform, -größe und -struktur im

Normbereich. Übrige Basis o.B.. Die Densspitze überragt die Mc Gregor'sche Linie um mehrere mm, scheint aber nicht die For.magn.-Ebene zu erreichen. Mässig asymmetr. Verlauf der atl.-occ. und der atl.-epistr. Gelenkspalten bei entsprechender Konfiguration der sie bildenden Skeletteile. Stirnhöhlenasymmetrie, Nebenhöhlen frei. Verminderte Pneumatisation der Mastoids bes. re.. Am Ges.-Schädel keine Besonderheiten.

Beurteilung: Hirnschädelasymmetrie. Sonst keine Besonderheiten.

Neurologischer Befund:

Bei seitengleichem, tragem Reflexverhalten fanden sich keine Anzeichen für eine Störung am zentralen oder peripheren Nervensystem.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Die zur Zeit der Untersuchung 35jährige Patientin bei der es sich um einen ruhigen, ausgeglichenen, wenig intelligenten, passiven Menschen handelt, durchlebte unter der Obhut der Mutter und der Großmutter, an die sie eine starke Bindung aufweist, eine ruhige Kindheit. Der Entlassung aus der Volksschule, die glatt durchlaufen wurde, folgte zunächst eine Zeit, in der die Pat. die Arbeitsstelle oft wechselte. Im Alter von 23 Jahren lernte die Patientin einen wenige Jahre älteren Mann kennen, mit dem sie erstmalig Verkehr hatte, als er ihr die Ehe versprach. In der folgenden Verlobungszeit war die Pat. durch die Untreue des Mannes starken psychischen Belastungen ausgesetzt. Sie löste die Verlobung nach 3 Jahren und verließ den Heimatort. In der folgenden Zeit, in der sie als Zimmermädchen in einem Hotel arbeitete, unterhielt sie angeblich nie mehr sexuelle Beziehungen zu einem Mann. Fr!l.N. stand wegen quälender Schlaflosigkeit,

ausgeprägter Inappetenz und Abgeschlagenheit, verbunden mit einer depressiven Grundstimmung in ärztlicher Behandlung. Nachdem zunächst eine Obstipation bestanden hatte, trat im 28. Lebensjahr - also 2 Jahre nach Lösung der Verlobung - die Colitis ulcerosa auf.

Inappetenz und Schlaflosigkeit verschwanden, und das depressive Bild verstärkte sich.

Da die foudroyant verlaufende Colitis ulcerosa medikamentös nicht beherrscht werden konnte, wurde die totale Rektokolektomie mit Anlegen einer terminalen Ileostomie durchgeführt.

Nach der Operation verschwanden die depressiven Verstimmungen; es entwickelten sich jedoch heftige Cephalgien, die in etwa 14tägigem Abstand auftraten, außerdem eine mäßige Adipositas.

Nach Entlassung aus der Klinik kehrte die Pat. in ihr Heimatdorf zurück, wo sie mit der Mutter und einem unverheirateten Onkel zusammen lebt.

Nachdem ein Kurs für Schreibmaschine und Stenographie erfolglos abgebrochen war, nahm sie eine Stelle in einer Hemdenfabrik an, wo sie im Akkord arbeiten muß. In der Freizeit spielt sie mit den Kindern der Nachbarn, den Puppen, die sie noch aus der Kinderzeit hat, macht Wanderungen mit einer Freundin oder handarbeitet. Sie ißt gern und viel und kann eigentlich alles vertragen. An den Anus praeter scheint sie sich völlig gewöhnt zu haben. Sie hat offensichtlich wieder die Rolle des Kindes im mütterlichen Haushalt eingenommen und kann so ohne Konfliktsituation leben.

2. Fall:

E.W., 43 J., verh., Hausfrau

Diagnose: Colitis ulcerosa.

Therapie: subtotale Kolektomie-Ileo-Sigmoideostomie

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnes: Vater und Mutter gesund, eine Tochter starb kurz nach der Geburt im Jahre 1946 an unbekannter Ursache, eine weitere Tochter und ein Sohn sind gesund.

Eigenanamnese: Als Kind Diphtherie und Scharlach, nach welchem angeblich eine akute Polyarthritits aufgetreten ist; 1943 Tonsillektomie wegen seit Jahren rezidivierender eitriger Anginen.

Zum Lebenslauf: Im Jahre 1920 wurde die Patientin in einer hessischen Kreisstadt als zweites Kind eines Stadtinspektors geboren. Sie verlebte im Elternhaus eine glückliche Jugend. 1926 Einschulung; nach glattem Durchlaufen der Volksschulklassen 1934 Schulentlassung. Es folgten ein Jahr im Elternhaus, 2 Jahre Frauenfachschule, 1/2 Jahr Arbeitsdienst und 1 Jahr als Praktikantin in einem Kindergarten. Nachdem die Pat. von 1939 bis 1942 als Schreibkraft in einem Büro tätig war, ging sie von 1942 bis 1945 zur DAF. Im Jahre 1945 heiratete sie einen wenige Jahre älteren Mann, der ein Architektenbüro aufbaute. 1946 wurde eine Tochter geboren, die kurz nach der Geburt an unbekannter Ursache verstarb. 1948 wurde dann eine gesunde zweite Tochter geboren. Wenige Monate später, die Familie befand sich noch in finanziell schwieriger Situation, war die Pat. erneut schwanger. Wegen der oben genannten Schwierigkeiten und wegen der noch bestehenden Wohnraumbeengung überredete sie der Ehemann zu einer Schwangerschaftsunterbrechung, die in Form einer Abrasio als krimineller Abort im November 1948 durchgeführt wurde.

Internistische Anamnese:

Gegen Ende Dezember 1948 traten bei Frau W. zum erstenmal Stühle mit Blutbeimengungen auf. In

den folgenden Jahren bildete sich das klassische Bild einer chronisch rezidivierenden Colitis ulcerosa aus, das die Pat. 1951 und 1954 zu einem Klinikaufenthalt zwang. 1958 wurde zum ersten Mal eine Behandlung mit Decortin und ACTH eingeleitet, worauf es zu einer vollständigen Normalisierung der Stühle kam.

1959 Geburt eines Sohnes, kurz darauf erneutes Auftreten schwerer colitischer Beschwerden mit Abgang von Blut und Gewebsfetzen, die eine erneute Behandlung im Stadtkrankenhaus von S. notwendig machten. Zu dieser Zeit traten außerdem polyarthritische Beschwerden mit schmerzhaft geschwollenen Knie-, Fuß- und Fingergelenken - verbunden mit einer starken Bewegungseinschränkung - auf. Am 20.4.1959 erfolgte die Verlegung in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg/Lahn. Bei der Aufnahme schlechter A.Z., Temperaturen zwischen 39 und 40 Grad, Meteorismus, Leber 1QF unter rechtem Rippenbogen; Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit der Hand-, Fuß- und Kniegelenke, in geringem Maße auch der Finger- und Ellbogengelenke; Lungen und Herz physikalisch o.B., ebenso EKG, bis auf eine Tachykardie um 100/Min.; RR 120/65; 8 blutige Stühle pro Tag. Röntgenologisch: Im Colon desc. und Sigma fehlte bis zur Flexura lienalis jede Haustrierung, im Quercolon vermehrte, spastische Haustrierung, im Colon asc. geringere Haustren. Das Kontrastmittel floß sofort ungehindert bis zum Coecum. In allen Dickdarmabschnitten Konturen gezähnelte, nach Entleeren Fehlen der Reliefzeichnung. Ileum unauffällig. Rektoskopie: Am Analring feine Rhagaden, bis 25 cm Höhe kein Tumor oder Ulcus; starke Gefäßzeichnung mit Blutaustritt bei Berührung, Schleim. Laborbefunde: Hb. 85%,

Ery. 4,9 Mill., Leuko. 9800, davon 5% Eos.,
toxische Granulation stark positiv, BSG 22/45,
Gesamteiweiß 6,5g%, Albumin 40,4%, alpha₁
5%, alpha₂ 11,6%, beta 13,0%, gamma-Globulin
29,5%. Kreatinin im Serum, Kalium, Natrium, AST,
ASH, Retikulozyten und Thrombozyten im Normbereich.

Unter der Behandlung mit hohen Prednisolondosen,
Leukomycin, Bluttransfusionen und Vitaminsubsti-
tutionen kam es zu einer vorübergehenden
Besserung der colitischen und polyarthritischen
Beschwerden, die von einer weiteren Verschlech-
terung des Bildes gefolgt war. Es traten erneut
bis zu 8 blutige Stühle pro Tag auf, weiter
mehrfach oberflächliche Thrombosen an den unteren
Extremitäten; der Gelenkrheumatismus verstärkte
sich. Es erfolgte die Überweisung in die
Chirurgische Univ.-Klinik Marburg.

Chirurgische Anamnese:

Nach Blut- und Plasmainfusionen erholte sich
das Gesamteiweiß auf 7,0%. Es traten immer noch
bis 9 blutige, durchfällige Stühle pro Tag auf.
Man behandelte mit 3 mal 2 Tabl. Entero-Vioform
und 4 mal 0,5 mg Millicorten pro Tag.

Es wurde die subtotale Kolektomie in der Form
der Ileo-Sigmoideostomie durchgeführt. Post-
operativ gab man neben Infusionen 10 mg Ultra-
corten und 1 g Tetracyclin tägl. und stellte nach
4 Tagen auf 250 mg Reverin tägl. um; danach aus-
schleichende ACTH-Gaben. Sechs Tage nach dem
schweren Eingriff stand die Pat. erstmalig auf.
Die Gelenkbeschwerden waren völlig verschwunden.
14 Tage post operationem war der Stuhl, der
bis zu 3 mal am Tage entleerte wurde, bereits
geformt. Die Pat. wurde nach Hause entlassen.

Path. hist. Befund des Operationspräparates:

8 cm Ileum, Coecum, Colon bis zum Sigma. Ileum
frei von Veränderungen. Vom Coecum bis zum Sigma

multiple, flache, zum Teil bis an die muscularis mucosae reichende Geschwürbildungen, Schleimhaut und Submucosa herdförmig chronisch entzündlich infiltriert. Diagnose: Ulceröse Colitis.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei der Pat. um einen mittelmäßig begabten, heiteren, sehr weiblich denkenden, kinderlieben Menschen. Das Verhältnis zum Elternhaus ist als normal zu bezeichnen.

Psychiatrisch:

Nach einer, soweit beurteilbar, normalen Kindheit und Jugendentwicklung, heiratete die Pat. 25jährig im Jahre 1945. Der Tod der ersten Tochter hinterließ keine wesentliche Cäsur im Leben der Pat. Zwei Jahre später - im Jahre 1948 - wurde eine zweite Tochter geboren. Die Pat. lebte damals mit ihrem Mann, der im Begriff war in den Nachkriegswirren eine Existenz aufzubauen, räumlich beengt in finanziellen Schwierigkeiten. Als kurz nach der Geburt erneut eine Schwangerschaft bestand, überredete der Ehemann die Pat. zu einer Schwangerschaftsunterbrechung. Im Anschluß daran kam es bei der Pat. zu erheblich depressiven Verstimmungen, die etwa 4 Wochen anhielten. Gleichzeitig mit dem Abklingen der psychischen Symptomatik traten bei der Pat. erstmalig Stühle mit Blutbeimengungen auf. In den folgenden Jahren bestand das Bild einer chronisch-rezidivierenden Colitis ulcerosa. Drei Jahre später kam es zum ersten Mal zum Klinikaufenthalt. 10 Jahre später wurde erstmalig eine Behandlung mit Decortin und ACTH durchgeführt, worauf es zu einer vollständigen Normalisierung der Stühle kam. Nach Angaben der Pat. haben in den ganzen Jahren nur unwesentliche Stimmungsschwankungen im Rahmen des Normalen

bestanden. Im Jahre 1959 traten nach der Geburt eines Sohnes erneut schwere colitische Beschwerden mit Abgang von Blut und Gewebsfetzen auf. Kurze Zeit später kam es zu polyarthritischen Beschwerden. Mit der Entwicklung zu einem foudroyant-toxischen Verlauf der Colitis kam es zu depressiven Verstimmungen, die nach der subtotalen Kolektomie, von der sich die Pat. schnell erholte, verschwanden. Wenige Wochen nach der Operation begannen bei Frau W. pektanginöse Beschwerden und, wie sie sagte "Nervosität"; sie nimmt aus diesem Grunde regelmäßig Omca und Librium.

Intern:

43jährige Patientin in gutem E.Z. und A.Z. Haut und Schleimhäute ausreichend durchblutet, keine Cyanose, keine Ödeme, keine Varizen, kein Ikterus. Pulmo auskultatorisch und perkutorisch o.B., Cor nicht vergrößert, Aktion regelmäßig, systolische Unreinheit, RR 140/80, Puls 76/Min. Bauchdecke weich, mäßig adipös, fast in Thorax-niveau, Leber und Milz nicht vergrößert, Nierenlager frei, mediale reizlose Narbe, Wirbelsäule und Extremitäten o.B.

Psychischer Eindruck:

Bei der Untersuchung sahen wir eine elegant gekleidete, sorgfältig geschminkte, modisch frisierte, gepflegte Frau. Mimik und Gestik waren außerordentlich lebhaft. Das Auftreten der Pat. war sicher und frei, die Sprache und Wortwahl gewandt.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Die zur Zeit der Untersuchung 43jährige Patientin, bei der es sich primär um einen heiteren

ausgeglichenen, lebensfrohen, betont femininen und kinderlieben Menschen handelt, der keine besonders starke Bindung an die elterliche Familie zeigt, erkrankte im Alter von 28 Jahren an einer Colitis ulcerosa, nachdem kurz zuvor bei ihr eine Abtreibung vorgenommen worden war. Zu der Schwangerschaftsunterbrechung hatte sie der Ehemann überredet. Es entwickelte sich das Bild einer chronisch-rezidivierenden Colitis ulcerosa. In den Jahren 1951 und 1954 zwang die Erkrankung nach bisher dreijährigem Verlauf zur stationären Behandlung. 1958 wurde erstmalig eine Behandlung mit Decortin und ACTH durchgeführt, worauf es zur völligen Normalisierung der Stühle kam. Ein Jahr später jedoch, nach der Geburt eines Sohnes, trat die Colitis erneut in schwerer Form auf. Es kam zum Bild einer toxisch verlaufenden Colitis ulcerosa, gleichzeitig damit zu depressiven Verstimmungen und zu polyarthritischen Beschwerden. Nach erfolgloser internistischer Behandlung wurde die subtotale Kolektomie mit Ileo-Sigmoideostomie durchgeführt. Die Pat. erholte sich schnell und die depressiven Verstimmungen verschwanden. Kurze Zeit nach der Operation traten bei der Pat. intermittierend pektanginöse Beschwerden auf. Nach ihren Angaben wurde sie leicht "reizbar" und, wie sie sagte "leicht auf Hochtouren" und manchmal "völlig verkrampft". Aus diesem Grunde nimmt die Patientin fast regelmäßig Omca und Librium. Die Pat. muß angeblich noch oft an die Abtreibung denken. Sie kann alles essen und Alkohol trinken. Sie ist mit ihrem jetzigen Leben zufrieden.

3. Fall:

L.G., 59 J., verh., Hausfrau

Diagnose: Colitis ulcerosa gravis

Therapie: subtotale Kolektomie -End-zu-End-
Anastomose zwischen Colon ascendens und Rektum

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater und Mutter an Altersschwäche gestorben. Ein jüngerer Bruder soll gesund sein, ebenso zwei Kinder der Patientin. In der Familie kein Hinweis auf Nerven- oder Geisteskrankheiten, allergische Erkrankungen oder Endokrinopathien.

Eigenanamnese: Als Kind Masern, Mumps, häufig eitrige Tonsillitiden.

Gynäkologische Anamnese: Menarche: 14jährig, Periode: 28 Tage/3-4 Tage, Partus: 1939 Mädchen, 1944 Junge, 1951 Radikaloperation wegen starker, schmerzhafter Blutungen; nach glattem postoperativem Heilungsverlauf Wohlbefinden.

Zum Lebenslauf: Als erstes Kind eines Handwerkers und seiner Ehefrau verlebte die Pat. eine schöne Kinderzeit im Elternhaus. Sie hatte einen jüngeren Bruder, mit dem sie sich gut verstand. 1910, im Alter von 6 Jahren, erfolgte die Einschulung, der eine glatt durchlaufene Schulzeit von 8 Jahren folgte, während der sich keine besonderen Lieblingsfächer ausbildeten. Die schulischen Leistungen waren angeblich mittelmäßig. Nach der Entlassung aus der Volksschule im Jahre 1918 ging die Pat. für 2 Jahre als Hausgehilfin in eine hessische Kreisstadt. In den folgenden 2 Jahren arbeitete sie als Fließbandarbeiterin, worauf sie dann im Jahre 1922 nunmehr 18jährig, als Putzfrau in einem Kinder-sanatorium tätig war, wo sie bis zu ihrem 22. Lebensjahr blieb. Sie absolvierte anschließend

einen Nähkurs und ging kurz darauf, nämlich im Jahre 1927, zu der Firma "Selters-Sprudel", wo sie mit Verpacken von Flaschen und Putzarbeiten beschäftigt wurde. In der nun folgenden Zeit lernte sie ihren späteren Mann kennen. Gegen Ende des Jahres 1938 hatte sie, angeblich zum ersten Mal in ihrem Leben Verkehr mit ihm; sie wurde schwanger, worauf sie im Februar 1939 im Alter von 35 Jahren heiratete. Im Juli des gleichen Jahres wurde eine Tochter geboren. Man muß aus der Darstellung der Pat. entnehmen, daß sie, die immer den Männern gegenüber eine ablehnende, fast aggressive Haltung einnahm, die Schwangerschaft, nicht zuletzt aus finanziellen Gründen, gewollt hat: Sie war der Meinung, daß ihr Mann mit dem Tod der Eltern aus dem väterlichen Hof eine größere Summe ausbezahlt bekäme. Nach dem im Jahre 1925 erfolgten Tode ihres Vaters hatte die Pat. für ihre Mutter den größten Teil des Lebensunterhaltes mitverdient; diese Belastung bestand nach der Eheschließung weiter fort. Frau G. bewirtschaftete nun mit ihrem Manne die kleine elterliche Landwirtschaft; der Ehemann arbeitete außerdem noch als ungelernter Arbeiter im Braunkohlenbergbau. Frau G. versuchte in dieser Zeit die Führung ihres Familienverbandes uneingeschränkt an sich zu ziehen. Die daraus mit dem Ehemann entstehenden Spannungen führten zunächst zu verbalen Auseinandersetzungen. Nach wenigen Wochen ergab sich der Mann dem Trunk. Das besserte sich mit der Geburt der Tochter. Im Jahre 1944 wurde ein zweites Kind, ein Junge, geboren. Im Jahre 1952 starb der Schwiegervater. Bei der nun folgenden Erbteilung erfuhr die Pat. zu ihrem Entsetzen, daß der schwiegerelterliche Hof mit Schulden belastet ist, nach deren

Tilgung nur noch ein kaum nennenswerter Erbteil für ihren Mann und damit für sie selbst übrig blieb. Um die ganze Enttäuschung der Pat. zu verstehen muß noch gesagt werden, daß sie sich vor der Hochzeit über die finanzielle Lage des Hofes erkundigt und damals eine ungleich viel bessere Auskunft über die Situation bekommen hatte. Frau G. fühlte sich betrogen. Der Zorn der Pat. richtete sich besonders gegen die noch lebende Mutter des Mannes; er war so groß, daß sie der Bitte der ein Jahr später im Sterben liegenden Schwiegermutter um ein veröhnendes Gespräch, nicht folgte. Ihr Mann und sie bekamen nach dem Tode der Schwiegermutter 4000 DM ausbezahlt. Frau G. sorgte nun weiter für ihre zwei Kinder, ihren Mann und ihre Mutter und arbeitete in der kleinen Landwirtschaft, während der Mann noch zur Arbeit ging.

Internistische Anamnese:

Im April 1954 bemerkte die Patientin erstmalig ein Gurgeln im linken Bauch, verbunden mit vermehrtem Stuhldrang, Absetzen eines bräunlichen, dünnflüssigen Stuhles, dem ab und zu ein "Platsch" hellroten oder dunkelroten Blutes beigemengt gewesen sei. Außer einem gewissen Druckgefühl konnte die Pat. keine eigentlichen Beschwerden angeben. Die bestehenden Symptome verschwanden dann wieder, um etwa im November des Jahres erneut aufzutreten. Die Stühle waren bald schleimig, bald blutig. Nach einer kurzen, erfolglosen Behandlung durch den Hausarzt wurde die Pat. in einem Kreiskrankenhaus stationär aufgenommen. Die Zahl der Stühle ging angeblich zurück; während einer Grippe habe sie sogar 3 Tage keinen Stuhl entleert; dann habe sie Laxantien genommen, worauf sie wieder einen Stuhl entleert habe, dem Blut beigemengt war. Nach einer er-

neuten stationären Aufnahme, während derer ein Polyp festgestellt worden sei, erfolgte die Überweisung in die Chirurgische Universitäts-Klinik Marburg/L, von wo die Patientin in die Medizinische Klinik verlegt wurde.

Dort sah man bei der Aufnahme eine 50jährige Pat. in mäßigem E.Z. und A.Z., keine Ödeme, kein Ikterus, kein Exanthem, Stuhl wässrig, bräunlich, Bauchdecken schlaff, keine Druckschmerzhaftigkeit, keine Abwehrspannung, keine pathologischen Resistenzen, Leber und Milz nicht tastbar, reizlose Pararektalschnittnarbe vom Nabel zur Symphyse. Die Rektoskopie zeigte weitgehend atrophische Schleimhaut, jedoch keine Blutungen und nur ganz vereinzelt Schleimauflagerungen; das Blutbild war unauffällig und zeigte nur 4% Eosinophile, bei serologischen Untersuchungen fiel ein Takata von 50 mg% auf, dem ein pathologischer Wert bei der Galaktosebelastung entsprach; der Bromsufthaleintest fiel normal aus; ebenfalls normal waren der Urinbefund und die Diastase, während die BSG mit 15/29 leicht erhöht befunden wurde. Unter einer Behandlung mit A.Z. 8, täglich 1-3 Injektionen von je 1ccm des Präparates verschwanden die Druckgefühle und Durchfälle, und die Patientin entleerte einen normal geformten und gefärbten Stuhl. Nach der Entlassung führte der Hausarzt die Behandlung mit A.Z. 8 fort. Eine etwa 6 Wochen später durchgeführte Kontroll-Rektoskopie zeigte eine bis 20 cm völlig normale Schleimhaut ohne Ulcerationen oder Schleimhautauflagerungen; im Stuhl wenig Schleim, BSG 7/20, Blutbild im Bereich der Norm, Urinbefund normal. Nach Erheben dieses Befundes wurde auf eine weitere Behandlung mit A.Z. 8

verzichtet. Während des folgenden Sommers fühlte sich die Pat. wohl. Sie hatte von Seiten des Darmes keinerlei Beschwerden.

Am 1. November 1955 bemerkte die Pat. Blutabgänge zum Stuhl. Die Blutabgänge wurden in den folgenden Tagen häufiger, wozu dann auch Schmerzen im Leib und ein starkes "Kullern" auftraten. Das Blut sah angeblich hellrot aus.

Da eine erneute Behandlung mit Azulon-Spritzen keinen Erfolg zeigt, erfolgte die erneute Einweisung in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg.

Dort sah man eine 51jährige Pat. in mäßigem E.Z. und A.Z., Haut und sichtbare Schleimhäute noch ausreichend durchblutet, kein Zeichen einer Exsikkose, leichte Cyanose, geringgradige Varicosis an beiden Unterschenkeln, im linken Unterbauch geringe Druckschmerzhaftigkeit. Es wurden zunächst bis zu 3 Stühle täglich entleert, die fast nur aus frischem Blut bestanden. Die Pat. fühlte sich im ganzen schlapp und müde, der Appetit war seit Beginn der blutigen Stühle schlecht. Es bestanden Temperaturen bis 39 Grad, das Hb. fiel auf 65% ab, die BSG war mit 40/67 deutlich erhöht; das Differentialblutbild war nicht wesentlich verändert, es bestand auch keine deutliche Leukozytose. Pathogene Darmkeime ließen sich nicht nachweisen.

1,5g Chloromycetin täglich über 10 Tage zeigte keinen Erfolg, ebenso 0,5%ige Yatreneinläufe und Methylthiouracil per os. Es wurde dann Deltacortril in Anfangsdosen von 50mg/die gegeben, zurückgehend bis auf eine Erhaltungsdosis von 5mg/die. Bereits 2 Tage später fühlte sich die Pat. erheblich wohler, die Blutbeimengungen zum Stuhl wurden immer geringer, nach wenigen

Tagen nahm der Stuhl eine normale Beschaffenheit an. Die BSG betrug zum Schluß 8/20.

Es wurde leichte gemahlene Kost mit etwas Fleisch gegeben. Bei relativ guter körperlicher Verfassung und normalem Stuhlgang wurde die Patientin nach Hause entlassen. Cortison wurde nicht weiter verabreicht.

Etwa einen Monat später kam es zu einem Rezidiv. Die Stühle waren wieder wässrig und blutig.

Frau G. wurde erneut in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg eingewiesen. Die Patientin war bei der Aufnahme subfebril; sie entleerte in wechselnder Zahl wässrige, stark blutige Stühle; BSG 30/40, Hb. 70%, Blutbild sonst unauffällig. Die Röntgendarstellung des Dickdarmes ergab das Bild einer Colitis ulcerosa im Bereich des linken Colon transversum und des Colon descendens. Die Rektoskopie zeigte, daß die Ulcerationen etwa in 20 cm Höhe begannen.

Die zunächst mit Formo-Cibazol und Taleudron durchgeführte Behandlung brachte keine Änderung des Bildes. Auf Prednisolon jedoch sprach das Krankheitsbild sofort wieder an. Es wurden zunächst wieder 40mg/die gegeben und dann auf eine Erhaltungsdosis von 10mg/die zurückgegangen, da bei einer Dosierung von 5mg/die bereits wieder Durchfälle auftraten.

Röntgenologisch war zu einer Zeit, da klinisch Beschwerdefreiheit erzielt war, kein pathologischer Befund am Darm mehr zu erheben.

Da die Colitis ulcerosa bei Frau G. innerhalb eines Jahres 3 Rezidive zeigte und da nach Absetzen des Prednisolons sofort wieder Durchfälle auftraten, wurde die Pat. der chirurgischen Therapie zugeführt; sie wurde in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg verlegt.

Chirurgische Anamnese:

Nach entsprechender Vorbereitung wurde bei der Pat. die Laparotomie durchgeführt. Es zeigte sich, daß das Colon descendens in ein enges, schlauchförmiges Gebilde umgewandelt war, das keine spiegelnde und glatte Oberfläche mehr erkennen ließ. Makroskopisch hatte man den Eindruck, daß die Grenze zwischen den gesunden und kranken Dickdarmteilen etwa in der Mitte des Quercolons verläuft, was dem Röntgenbefund entsprochen hätte. Bei der Eröffnung des Quercolons zeigte es sich jedoch, daß die Ulcerationen bis zur Flexura hepatica reichten. Es wurde das ganze Colon transversum, das Colon descendens und das Sigma entfernt und eine End-zu-End Anastomose zwischen dem in das kleine Becken geschlagenen Colon ascendens und dem Rektum in einer Höhe von 6 - 7cm durchgeführt. Es wurde dann eine doppelläufige Ileostomie rechts transrektal angelegt.

Die histologische Untersuchung des entfernten Darmstückes ergab das Bild einer Colitis ulcerosa gravis.

Die Pat. erholte sich schnell von dem schweren Eingriff. Nach etwa 2 1/2 Monaten wurde die Ileostomiestelle umschnitten und nach intraperitonealer Freilegung des Dünndarmes und nach Resektion der doppelläufigen Ileostomiestelle eine End-zu-End Anastomose des Dünndarmes in typischer Weise durchgeführt. Nach postoperativ ungestörtem Heilungsverlauf wurde Frau G. in wesentlich gebessertem Zustand nach Hause entlassen. Eine 4 Monate später durchgeführte Röntgenkontrolle ergab keinen pathologischen Befund im Bereich der noch verbliebenen Dickdarmteile.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei der Pat. um einen lebhaften, lustigen und zielstrebigen Menschen. Sie sagte von sich, daß sie immer radikal gewesen sei und sich immer durchgesetzt habe. Die Bindung an die Mutter und die weitere Familie war angeblich immer gering. Die Pat. schilderte sich als einen Menschen, der sein Tun immer sehr gut überlegte. Sie war gegen sich und ihre Mitmenschen stets sehr streng.

Psychiatrisch:

Auffällig sind bei Frau G. die virilen Züge. Sie war streng, energisch, zielstrebig und sehr überlegt. Bindungen an Männer hatte sie angeblich in ihrer Jugend nie. Den ersten Geschlechtsverkehr hatte sie im Alter von 34 Jahren mit ihrem späteren Mann. Frau G. versuchte nach der Eheschließung in der Familie die beherrschende Rolle einzunehmen. Es gelang ihr nach heftigen Auseinandersetzungen. Bemerkenswert war die reizbar-explosible und starre Haltung der Pat. als sich die Hoffnung auf die Erbschaft des Ehemannes zerschlug. Im Gegensatz zu allen anderen Patienten unserer Kasuistik haben bei der Pat. zu keinem Zeitpunkt der Darmkrankheit depressive Verstimmungen bestanden. Nach der Operation kam es, ebenfalls im Gegensatz zu den anderen Patienten, nicht zum Auftreten neuer Symptome körperlicher oder psychischer Art.

Intern:

59jährige Pat. in ausreichendem E.Z. und A.Z. , Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet, keine Cyanose, keine Ödeme, keine Varicen, kein Ikterus, Zunge feucht, glatt, rot, nicht belegt; Pulmo auskultatorisch und perkutorisch o.B.; Cor nicht vergrößert, geringe respiratorische Arrhythmie, Töne rein, RR 145/85,

Puls 76/Min., Bauchdecke weich, reizlose Narbe von Kolektomie herrührend, Leber nicht vergrößert, Milz nicht tastbar, Nierenlager bds. frei, es bestand eine Schwäche des Sphinkter ani externus. Im Bereich beider Unterschenkel fanden sich ausgedehnte atrophische und hyperpigmentierte Bezirke.

Psychischer Eindruck:

Wir sahen bei der Untersuchung eine etwas nachlässig gekleidete, ungepflegte und unordentlich frisierte Frau. Während der Untersuchung in der Klinik machte die Pat. einen gespannten Eindruck, wirkte dabei unsicher, zerfahren, gehemmt und etwas mißtrauisch. Mimik und Gestik wechselten schnell von lebhaften, unharmonischen Bewegungen zu fast völliger Ruhe. Während des Hausbesuches dagegen sahen wir eine wesentlich ausgeglichene Frau, die uns freundlich begrüßte und Interesse an unserer Arbeit und den damit verbundenen Gedanken zeigte. Ihre dominierende Stellung in der Familie war nicht zu übersehen. Der Ehemann und die Mutter, die anfänglich zugegen waren, wurden von der Pat. herumkommandiert und sprachen nur dann, wenn sie von ihr dazu aufgefordert wurden. Hier in der gewohnten Umgebung wirkte sie sicher.

Elektroencephalographische Untersuchung:

Rascher frequenzlabiler alpha-Rhythmus, kontinuierlich übergehend in zahlreiche kleine beta-Wellen, die sich ihrerseits wieder schwer von Muskelartefakten nach oben hin abgrenzen lassen. Die alpha-Amplitude schwankt zwischen 5 und 20 MikrV, die alpha-Frequenz zwischen 9 und 13 pro Sekunde, delta-Wellen von 6-7 pro Sekunde werden nur in geringer Zahl beobachtet. Unter 2 Minuten Hyperventilation keine merkliche Änderung des Kurvenbildes. Beurteilung: Partielles beta-Wellen-

EEG, EEG im Normbereich, keine Seiten- oder Herdhinweise.

Neuroradiologische Untersuchung:

Relativ breiter Hirnschädel mit etwas vermehrtem Ausladen der Temporalschuppen. Insgesamt an der Kalotte keine Besonderheiten. Lagegerechter Falxschatten. Pathologische intracranielle Verkalkungen sind nicht nachweisbar. Sella-Region und übrige Basis o.B.. Die Densspitze überragt die Mc Gregorsche Linie um mehrere mm, erreicht jedoch nicht die For. magn.-Ebene. Insgesamt am Cervico-occipitalen Übergang kein path. Befund. Kleine Stirnhöhlen. Die linke Kieferhöhle ist circumscripht vermindert strahlendurchlässig. Sonst NNH frei. Am Gesichtsschädel keine Besonderheiten.

Beurteilung: Am Hirnschädel kein path. Befund, zum Ausschluß einer linksseitigen Kieferhöhlenaffektion Spezialaufnahmen anzuraten. Gesamter Schädel o.B.

Neurologisch:

Bei seitengleichen gut auslösbaren Reflexen keine pathologischen Reflexe und keine Sensibilitätsstörungen.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Die zur Zeit der Untersuchung 59jährige Pat., bei der es sich primär um einen lebhaften, zielstrebigen, sehr überlegten, energischen, im Ganzen virilen Menschen handelt, zeigte in ihrem ganzen Leben eine auffallend geringe Tendenz zum anderen Geschlecht. Nach einem unruhigen sozialen Werdegang hatte die Pat. erstmalig im 34. Lebensjahr Geschlechtsverkehr mit einem Mann, dessen elterlicher Besitz eine Erbschaft erwarten ließ. Als es zur

Schwangerschaft kam, heiratete sie der Mann. Vier Monate später wurde eine Tochter geboren. Frau G. bewirtschaftete die mütterliche kleine Landwirtschaft, während der Ehemann weiter als Arbeiter im Braunkohlenbergbau tätig war. Die Pat. versuchte in allen Bereichen ihres Lebens eine dominierende Stelle einzunehmen und erreichte dies nach heftigen Auseinandersetzungen mit dem Mann. Er begann zu trinken. Als es nach Jahren - anlässlich des Todes des Schwiegervaters zur Erbteilung kam, stellte sich heraus, daß der schwiegerelterliche Hof mit Schulden belastet war, nach deren Tilgung nur noch eine kaum nennenswerte Summe auf ihren Mann entfiel. Frau G. fühlte sich betrogen. Ihr Zorn ging dabei so weit, daß sie der Bitte der im Sterben liegenden Schwiegermutter um ein versöhnendes Gespräch nicht Folge leistete. Wenige Monate nach der Auszahlung der geringen Erbschaft trat bei Frau G. die Colitis ulcerosa auf. Der Verlauf der Darmerkrankung war chronisch rezidivierend. Es wurde die partielle Kolektomie ausgeführt, wobei das ganze Colon transversum, das Colon descendens und das Sigma entfernt wurden. Es wurde eine End-zu-End Vereinigung von Colon ascendens und Rektum hergestellt. Die histologische Untersuchung des entfernten Darmstückes ergab den Befund einer Colitis ulcerosa gravis. Nach der Operation, vor der angeblich depressive Verstimmungen nie aufgetreten waren, erholte sich die Pat. sehr schnell. Nach der partiellen Kolektomie traten bei der Pat. keine weiteren Symptome irgendwelcher Art auf. Sie lebt in gleicher Weise wie vor der Operation mit ihrem Mann und ihrer Mutter zusammen. Während eines Hausbesuches bei der im ganzen viril wirkenden Pat. wurde deutlich, daß sie in ihrem engsten

Lebensraum eine dominierende Stellung einnimmt. Man hat den Eindruck, daß sie sich mit ihrem Lebensschicksal abgefunden hat.

4. Fall:

E.K., 57 J., verh., Hausfrau

Diagnose: Colitis ulcerosa gravis

Therapie: Hemikolektomie links, Rektumamputation, Anus praeter transversus

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater verstarb an den Folgen eines Autounfalles, er war angeblich immer gesund gewesen. Die Mutter verstarb an Altersschwäche, sie litt an einer Arthritis. Ein 1 Jahr jüngerer Bruder und eine jüngere Schwester der Patientin sind angeblich immer gesund gewesen. In der Familie findet sich kein Anhalt für Nerven- oder Geisteskrankheiten, allergische Erkrankungen oder Endokrinopathien. Eigenanamnese: Als Kind Masern und Scharlach. 1932 Ekzem am Rücken.

Gynäkologische Anamnese: Menarche im Alter von 13 Jahren, Regel 28-31, 3-4 Tage, Partus: Mädchen 1937, Aborte: keine, Menopause: 47jährig

Zum Lebenslauf: Im Jahre 1906 in süddeutscher Großstadt geboren, wuchs die Patientin als Tochter eines Chemiegroßkaufmannes und dessen Ehefrau in wohlhabendem Hause neben einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester auf. Der Vater lebte seinem Geschäft. Nach der Schilderung der Pat. war er ein fast übertrieben gerechter, etwas eigenwilliger Mensch, der wenig Kontakt zu seinen Kindern hatte, sie aber in finanzieller Hinsicht großzügig verwöhnte.

Häufig litt er unter Kopfschmerzen, dann gingen ihm seine Kinder aus dem Wege. Wenn die Familie verreiste, schlief der Vater in einem anderen Hotel als Mutter und Kinder. Die Mutter, zu der die Pat. ein herzlicheres Verhältnis hatte, wird als eine heitere lebenslustige, dabei recht energische und etwas nachtragende Frau geschildert. Das Verhältnis zu Bruder und Schwester war angeblich immer gut. Frau K. war als Mädchen eine gute Sportlerin. Sie schwamm, spielte Tennis und nahm in diesen Disziplinen auch an Turnieren bzw. Wettkämpfen teil; außerdem malte und zeichnete sie gern. Sie war heiter und ausgeglichen. Launen hat es bei ihr angeblich kaum gegeben. Nach vier glatt durchlaufenen Grundschuljahren besuchte sie eine Oberrealschule, die sie 18jährig nach bestandenen Abitur verließ, um ein Haushaltsjahr abzuleisten. Schulische Schwierigkeiten hatte sie nie gehabt. In der Klassengemeinschaft dominierte sie durch schulische und sportliche Leistungen und war von Lehrern und Mitschülern geachtet. Im Jahre 1925 fuhr sie 19jährig zu Bekannten ihrer Eltern nach Amerika. Auf der Rückreise lernte sie einen Diplom-Ingenieur kennen, den sie im Jahre 1930 in Deutschland heiratete. Nach ihren Angaben führte sie eine sehr glückliche und harmonische Ehe. Allerdings habe sie sehr darunter gelitten, daß sie zunächst kinderlos blieb. 1933 fuhr sie dann mit ihrem Mann wieder nach Amerika. Diese Reise war durch berufliche Interessen des Mannes notwendig geworden. Konflikte, gleich welcher Art, oder auch nur Heimweh, hat die Pat. dort nicht gehabt. In den Jahren 1934 bis 1936 tritt dann bei der Pat. intermittierendes Darmbluten auf, das verschwand, als sie bemerkte, daß sie ein Kind erwartete. Im Jahre 1937 -

die Pat. war 31 Jahre - wurde dann ihre Tochter geboren. Als der Krieg ausbrach, entschloß sich die Pat. gemeinsam mit ihrem Mann in Amerika zu bleiben. Es folgten schwere aber doch sehr glückliche Jahre in den Staaten bis zum Ende des Krieges. 1945 kehrte dann die Familie nach Deutschland zurück, wo der Ehemann der Pat. sich eine neue sehr gute Existenz aufbaute. Finanzielle Schwierigkeiten traten nie auf. Internistische und chirurgische Anamnese: Wie oben schon erwähnt, traten durchfällige, blutige Stühle in Amerika zum erstenmale im Jahre 1934-1936 auf. Sie verschwanden mit der beginnenden Schwangerschaft, die seit Jahren ersehnt war. Zurück blieb für Jahre ein oft quälender Analpruritus. Nach völligem Wohlbefinden traten dann 1949 Schmerzen beim Stuhlgang auf und es wurden schleimige, eitrige und blutige Stühle entleert. Bei einer Rektoskopie wurde ein Ulcus der Rektalwand festgestellt. Im Laufe der stationären Beobachtung in der Medizinischen Univ.-Klinik Heidelberg traten heftige Gelenkschmerzen in Knie und Hüfte auf, sowie eine Pleurareizung, weswegen sie mit Aspirin und Pyramidon behandelt wurde. Wegen des Darmbefundes gab man Supronal und Streptomycin. Im September 1949 legte Prof. Bauer in Heidelberg einen Anus-praeter an. Operationsbefund: 8 cm lange sulzige Quellung des Sigma. Nach der Operation trat eine monatelange eiternde Entzündung mit Durchbruch von Fisteln auf, aus denen sich Stuhl und Eiter an der vorderen Bauchwand entleerten. Die Pat. wurde in einem Krankenhaus in Darmstadt mit Chloromycetin behandelt, worauf es zu einer langsamen Besserung kam. Im Juni 1950 wurde dann von Prof. Bauer ein zweiter Anus-praeter kranial vom ersten angelegt. Die immer noch bestehenden Gelenksbeschwerden wurden in Darmstadt mit Cortiron behandelt. Im Sommer 1952 traten dann

nach einer allergischen Dermatitis, die Wochen andauerte, ausgedehnte Pyodermien an beiden Unterschenkeln auf, die sich nach Röntgenbestrahlungen besserten. Immer bestand aber eine entzündliche Infiltration der Umgebung beider Anus praeter und Eiterabsonderungen aus kleinen Abszessen der Darmschleimhaut fort. Es bildete sich eine Rektovaginalfistel aus, und im Rektum entwickelte sich in 5 cm Höhe eine Stenosierung. Im Oktober 1953 konsultierte Frau K. Herrn Prof. Heilmeyer, der eine Behandlung mit ACTH und Cortison durchführte. Es kam zu einer weitgehenden Besserung der polyarthritischen Beschwerden. Die Zahl der Stuhlentleerungen ging zurück und die bisher breiigen oder dünnen Stühle besserten sich in ihrer Konsistenz. Die Behandlung mit Cortison wurde zu Hause fortgesetzt. Im Juni 1954 wurde von Prof. Heilmeyer noch einmal eine stationäre Beobachtung durchgeführt. Diagnose: Colitis ulcerosa mit begleitender Polyarthrit. Bei der Aufnahme zeigte die Pat. einen guten A.Z.. Der obere Anus praeter funktionierte zufriedenstellend, aus dem zweiten Anus praeter im linken Unterbauch zeigt sich nur noch eine geringe gelblich schleimige Sekretion. Im Bereich des rechten Hüftgelenkes war es in der letzten Zeit vor der Aufnahme vermehrt zu Schmerzen und zu einer Bewegungseinschränkung gekommen, besonders bei der Abduktion und Rotation des Beines. Die übrigen Gelenke waren ohne wesentlichen pathologischen Befund. Als Zeichen des noch immer bestehenden chronischen Infektes fand sich eine mäßige Erhöhung der BSG auf 32/63 mm n.W. und eine leichte Erniedrigung des Serumeisens auf 85 g%, bei einem Serumkupfer von 147 g%. Das Blutbild wurde

gegenüber früheren Untersuchungen wesentlich gebessert befunden: Hb. 14,6g% bei 4,6 Mill. Ery. und 3200 Leuko. Das Differentialblutbild war normal. Röntgenologisch zeigt sich im Bereich des rechten Hüftgelenks als Zeichen des chronisch entzündlichen Prozesses eine deutliche Verschmälerung des Gelenkspaltes und eine mäßige Randzackenbildung. An den übrigen inneren Organen waren weder klinisch noch röntgenologisch abweichende Befunde zu erheben, auch der Stromverlauf im EKG in Ruhe und nach Belastung war im Bereich der Norm. Bei einer Dickdarmpassage mit Füllung vom oberen und unteren Anus praeter zeigte sich, daß vom unteren Anus praeter aus lediglich eine Füllung der distalen Darmabschnitte bis zum Rektum hin möglich war. In diesem Bereich war der Darm hochgradig verengt und weitgehend stenosiert. Außerdem stellte sich deutlich die schon bekannte Rektovaginalfistel dar. Eine Füllung des Colon descendens und des Colon trans. war von dem unteren Anus praeter aus nicht möglich. Bei der Kontrastdarstellung des Dickdarmes vom oberen Anus praeter aus, füllte sich das Colon ascendens bis zur Ileocoecalgegend normal auf, während eine Füllung des Colon transv. und Colon desc. auch von hier nicht möglich war. Es ergab sich also, daß unmittelbar hinter dem oberen Anus praeter eine Stenosierung ausgebildet war, die bis zu dem unteren Anus praeter bestand. Nach Rücksprache mit Herrn Prof. Krauss wurde zur Fortführung der internen Behandlung geraten, da eine chirurgische Intervention zu dem Zeitpunkt noch nicht möglich war. Der Pat. wurde folgender Therapieplan aufgestellt: Körperliche Schonung mit Vermeidung großer Belastungen; mittags nach Tisch 2 Stunden Bettruhe; regel-

mäßige Spaziergänge; Abkühlungen oder gar Durchnässungen sollten vermieden werden; alle gröberen, schwer verdaulichen und blähenden Speisen sollten vermieden werden; die in der Klinik begonnene Behandlung sollte weitergeführt werden. Jeden Montag, Mittwoch, Freitag und Sonntag jeweils 50mg Cortison; an den übrigen Tagen der Woche in wechselndem Turnus jeweils 2-3 mal 1 Tabl. Butazolidin; 4 mal 2 Tabl. Salicylamid, 3-4 mal 1 Tabl. Gelonida antineuralgica oder 2-3 mal 1 Tabl. Irgapyrin. Jedes der genannten Präparate sollte nur 1 - 2 Wochen genommen werden. Zusätzlich sollte 1 mal wöchentlich 20 Einheiten ACTH i.m. gespritzt werden. Die in der Klinik begonnene Kur mit Colifer sollte noch über kurze Zeit fortgesetzt und nach 4 - 6 Wochen Pause noch einmal angeschlossen werden. Es wurde dringend empfohlen, die BSG, das Hb. und die Leukozyten in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren. In der folgenden Zeit zeigte sich, daß Cortison ohne jeglichen Erfolg blieb; auch eine Behandlung mit Decortin blieb ohne wesentliche Besserung. Eine 2 mal durchgeführte Behandlung mit Hostacyclin, 4 Tage alle 6 Stunden eine Tabl., im Abstand von 4 Wochen durchgeführt, wurde gut vertragen. Die blutigen Ausscheidungen gingen etwas zurück. Wegen der erheblichen Beschwerden im Bereich der Hüftgelenke wurden auf jede Seite 16 Röntgen-Tiefenbestrahlungen zu je 90r gegeben, die aber kaum einen Erfolg zeigten. Als der Versuch, mit einem Neomycinstoß eine Besserung zu erzielen fehlschlug, wurde die Pat. von einem Chirurgen in Darmstadt zu Herrn Prof. Zenker nach Marburg überwiesen. Dort sah man eine 49jährige Pat. in gutem A.Z. und E.Z., Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, keine Ödeme, keine Exantheme, kein Ikterus. An Kopf und Hals

fand sich kein pathologischer Befund, ebenso konnte an Herz und Lunge kein pathologischer Befund erhoben werden. Im oberen Mittelbauch fand sich ein endständiger, gut funktionierender Anus praeter. Der zuführende Schenkel war für eine dicke Darmsonde eingängig, der abführende Schenkel nur für einen dünnen Katheter von 12 Charr. Im linken Mittelbauch befand sich in einer narbigen Einziehung eine Fistelöffnung als Restzustand des zuerst angelegten Anus praeter. Das übrige Abdomen war weich und gut eindrückbar, ohne pathologische Resistenzen. Es wurde eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk und in beiden Hüftgelenken festgestellt; das linke Hüftgelenk war am stärksten betroffen. An beiden Unterschenkeln bestand eine braune Pigmentierung. Das Blutbild zeigte eine leichte Anämie von 78% Hb und 4,2 Mill. Ery., Hämatokrit 30%, BSG 28/59, im Urin kein pathologischer Befund. Die Pat. wurde mit Bluttransfusionen auf die Operation vorbereitet. Es wurde dann das mit mehreren Fistel durchsetzte Gebiet des nicht mehr funktionierenden Anus praeter mit der Haut exzidiert. Der gelöste Dickdarm wurde in das kleine Becken verlagert und das Peritoneum darüber verschlossen, danach Naht der Bauchdecke. Dann wurde in rechter Seitenlage das Rektum nach Umschneidung des Anus freipräpariert, die Umgebung war überall entzündlich verändert, und die vollständige Amputation ausgeführt. Die Pat. erholte sich nur langsam von dem großen Eingriff, wobei in der chirurgischen Krankengeschichte besonders hervorgehoben wurde, daß sie in der Zeit nach der Operation noch zeitweise einen deprimierten Eindruck gemacht habe. Vor der Operation war eine Elektrophorese gemacht worden, die folgende Werte ergeben hatte: Albumin 45,2%,

alpha -Globulin 7,8%; alpha₂-Globulin 14,3%;
beta-Globulin 18,8%; gamma-Globulin 13,9%. Als
Operationspräparat wurden ein etwa 40 cm langes
kaum kleinfingerdickes Dickdarmstück, sowie das
etwa 10 cm lange Rektumstück histologisch unter-
sucht. Es ergab sich das Bild einer ungewöhnlich
schweren Colitis mit weitgehender Zerstörung
der Schleimhaut und ebenfalls schwere entzünd-
liche Veränderungen im Rektum bis hinunter zum
Analring. Eine ätiologische Diagnose war auf
Grund der histologischen Untersuchungen nicht
möglich. Einen Monat nach der Operation wurde
die Pat. nach Hause entlassen. In der folgenden
Zeit hatte sie sehr über Müdigkeit zu klagen;
und litt auch unter stärkeren Gelenksbeschwerden.
Die Blutsenkung wurde weiter erhöht befunden.
Die Konsultation mehrerer Ärzte und entsprechen-
de Behandlungen brachten keine Besserung. Bei
kleinen Diätfehlern hatte sie unter starken
Blähungen zu leiden. Der Anus praeter verengte
sich trotz täglichen Bougierens durch Narbenzug
bis auf Kleinfingerdicke. Aus diesem Grund wurde
zwei Jahre später der Anus praeter um einige
Zentimeter vorverlagert und anschließend abge-
tragen. Die histologische Untersuchung der
resezierten Darmwand ergab ganz geringgradige
entzündliche Veränderungen in der Submucosa.
Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei
der Pat. um einen heiteren, ausgeglichenen, nie
aufbrausenden oder launischen, sehr geselligen,
sehr aktiven Menschen, der gern und oft an
sportlichen Wettkämpfen - Tennis, Schwimmen -
teilnahm, aber auch malte und zeichnete. Ihre
aktive Einstellung und ihre Intelligenz ließen
sie die Schule bis zum Abitur glatt und mit
guten Leistungen durchlaufen und innerhalb der

Klassengemeinschaft immer, auch bei den männlichen Mitschülern, eine führende Position einnehmen. Was sie wollte, erarbeitete sie sich immer mühelos. Neben diesen Zügen wurde eine starke Mutterbindung beschrieben.

Psychiatrisch:

Die zuvor immer ausgeglichene und heitere Pat. entwickelte während der Ehe zum erstenmal depressive Züge, als die Angst aufkam die Ehe könnte kinderlos bleiben. Zu dieser Zeit traten die ersten blutigen Stühle auf, die verschwanden, als die Pat. merkte, daß eine Schwangerschaft bestand. Als später die colitischen Schübe auftraten, zeigten sich intermittierend damit depressive Verstimmungen. Diese Verstimmungen bestanden auch noch nach der Hemikolektomie. Während der Zeit der Colitisrezidive entwickelten sich arthritische Beschwerden, die durch keine Therapie gebessert werden konnten. Stolz betonte die Pat., daß sie wegen ihrer Haltung bei ihrem schweren Leiden allgemein bewundert wurde. Nach der Operation hatte die Pat. neben Beschwerden seitens der Gelenke über eine starke Wetterfühligkeit zu klagen. Nach ihren Angaben verlor sie ihre frühere Aktivität. Im Jahre 1963 bekam sie mehrmalig Kreislaufstörungen; sie kollabierte in einem Lokal und war 5 Minuten ohne Bewußtsein. Diese Beschwerden traten nach einer entsprechenden Behandlung durch den Hausarzt nicht mehr auf. Nun hatte die Pat. aber über Angstzustände, Beklemmungs- und Völlegefühle zu klagen. Sie schlief meist gut ein, erwachte aber nachts mit starken Angstgefühlen, die sie dann nicht mehr einschlafen ließen. Diese Symptome traten 9 Jahre nach der Menopause erstmalig auf. Trotz der oben genannten Beschwerden wirkte die Pat. bei der

Untersuchung voll kompensiert, aber etwas starr.
Befunde zum Zeitpunkt der Untersuchung (Herbst
1963)

Auf unsere Bitte, zu einer Untersuchung nach
Marburg zu kommen, teilte uns Frau K. mit, daß
sie sich, wenn überhaupt, nur von Prof. Zenker
untersuchen lasse. Sie erklärte sich aber bereit,
uns in ihrem Haus zu einem Gespräch zu empfangen.
Dadurch fielen elektroencephalographische,
röntgenologische und internistische Untersuchungen
fort. Bei unserem Hausbesuch sahen wir eine
57jährige Pat., die uns höflich aber zurückhaltend
begrüßte. Beim Gehen gebrauchte sie einen Krück-
stock. Sie war ordentlich frisiert und schlicht
aber elegant gekleidet. Die Körperhaltung war
straff, die Bewegungen etwas hart und eckig,
der Gesichtsausdruck ruhig, abwartend, fast ab-
weisend. Die Antworten auf unsere Fragen gab
sie knapp, kurz und präzise. Die Mimik war
spärlich. Im ganzen wirkte sie introvertiert
und gespannt. Frau K. erklärte uns, daß sie
nie auf den Gedanken gekommen sei, ihre Krank-
heit als psychisch determiniert zu deuten.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Die zur Zeit der Untersuchung 57jährige Pat.
zeigte im Alter von 28 Jahren erstmalig blutige
Stühle, die intermittierend mit depressiven
Verstimmungen auftraten. Diese Symptome traten
auf, als die Ehe jahrelang kinderlos blieb
und von beiden Ehepartnern starker Kinderwunsch
bestand, sie verschwanden, als sie wußte, daß
eine Schwangerschaft vorlag. Seit ihrer Jugend
war sie sehr energisch, zielstrebig und aktiv.
In der Klassengemeinschaft gab sie, auch bei
männlichen Mitschülern, den Ton an; sie nahm

an zahlreichen sportlichen Wettkämpfen teil. Obwohl sie sehr selbstständig war, bestand eine starke Mutterbindung. Im Alter von 43 Jahren entwickelte sich, angeblich ohne Konfliktsituation, aus völligem Wohlbefinden das Bild einer schweren, chronisch rezidivierenden Colitis ulcerosa. Im gleichen Jahr wurde ein Anus praeter im Sigmabereich angelegt. Es kam zu monatelangen eiternden Entzündungen und zur Ausbildung von Kotfisteln an der vorderen Bauchwand. Ein Jahr später wurde ein zweiter Anus praeter kranial vom ersten angelegt. Es kam in der folgenden Zeit zur Entwicklung von polyarthritischen Bildern, die besonders die Hüftgelenke betrafen. Außerdem traten eine allergische Dermatitis und ausgedehnte Pyodermien an beiden Unterschenkeln auf. Die Umgebung beider Ani praeternaturales war entzündlich infiltriert, aus kleinen Abszessen der Darmschleimhaut entleerte sich dauernd Eiter, im Rektum bildete sich in 5 cm Höhe eine Stenose, und es kam zur Ausbildung einer Rektovaginalfistel. Eine zwischenzeitlich durchgeführte Behandlung mit ACTH und Cortison brachte vorübergehende Besserung der Colitis ulcerosa und der Polyarthrititis. Im weiteren Verlauf bildete sich dann eine Stenosierung des gesamten Dickdarmes zwischen dem oberen und unteren Anus praeter aus. Eine internistische Behandlung mit ACTH, Cortison, Butazolidin, Salizylamid, Gelonida antineuralgica und Irgapyrin zeigte keinen Erfolg. Auch durch antibiotische Behandlung zeigte sich keine Besserung des Krankheitsbildes. Im Alter von 49 Jahren wurde dann bei der Pat. die Hemikolektomie links und die vollständige Amputation des Rektum ausgeführt. An Dickdarm

und Rektum ergaben sich schwerste entzündliche Veränderungen bis hinunter zum Analring. In der auf die Operation folgenden Zeit klagte die Pat. über Müdigkeit, sowie ausgeprägten Meteorismus. Der Anus praeter verengte sich durch Narbenzug trotz täglichen Bougierens und mußte deshalb zwei Jahre später vorverlagert werden. In der folgenden Zeit entwickelte Frau K. die oben geschilderten ängstlich-depressiven Verstimmungen und Vegetativattacken, die den Verdacht auf eine beginnende Involutivdepression nahe legen.

5. Fall:

A.S., 42 J., verh., Berufsschullehrer

Diagnose: Chronisch ulcerös-polypöse Colitis

Therapie: Subtotale Kolektomie mit End-zu-End

Anastomose zwischen Coecum und Rektum.

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Der Vater des Patienten verstarb an unbekannter Ursache als der Pat. 2 Jahre alt war. Die Mutter war angeblich immer gesund. Der einzige Bruder des Pat. fiel während des 2. Weltkrieges. Der Sohn des Pat. ist bisher stets gesund gewesen.

Eigenanamnese: Als Kind Masern. 1950 Otitis media. 1955 Appendektomie.

Zum Lebenslauf: Im Jahre 1922 wurde der Pat. als zweiter Sohn eines Arbeiters und dessen Ehefrau geboren. Die Mutter des Pat. war bei der Geburt im 43. Lebensjahr. Als Herr S. 2 Jahre alt war, verstarb der Vater an

unbekannter Ursache. Wegen finanzieller Schwierigkeiten mußte die Mutter arbeiten; in dieser Zeit wurde der Pat. und sein älterer Bruder von einer Tante betreut. Im Jahre 1928 der Pat. war 6 Jahre alt, wurde er in seinem Heimatort eingeschult. Er war immer ein guter Schüler; sein besonderes Interesse galt dem Sport. Zu Lehrern und Mitschülern hatte er stets ein gutes Verhältnis. Nachdem er die Volksschule im Jahre 1936 verlassen hatte, begann er eine Lehre als Kraftfahrzeugschlosser. Als Mitglied der ersten Fußballmannschaft trieb er noch immer aktiv Sport. Im Jahre 1941 meldete sich Herr S. freiwillig zur Kriegsmarine. 1945 kam er in englische Gefangenschaft, aus der er ein halbes Jahr später nach Hause entlassen wurde. Während der Gefangenschaft hatte der Pat. angeblich eine schwere Obstipation, angeblich in etwa 14 tägigem Abstand Stuhlgang. Nachdem der Pat. nach der Gefangenschaft ein halbes Jahr zu Hause zugebracht hatte, nahm er eine Stelle bei seinem früheren Lehrmeister in einer Autowerkstatt an. 1948 heiratete er. Im Jahre 1955 bestand er seine Meisterprüfung und wechselte danach zu einem anderen Betrieb über. Im gleichen Jahr wurde sein Sohn geboren. In dem Betrieb, in dem Herr S. nun arbeitete, leitete er als Meister die gesamte Autoreparaturwerkstatt. Er litt dabei sehr unter den dauernden Reinredereien von Seiten seiner Chefin, die den Betrieb von ihrem verstorbenen Mann übernommen hatte und bar jedes fachlichen Wissens war. Herr S. war insofern in einer dauernden Konfliktsituation, weil er einerseits seine Arbeit sehr liebte, es andererseits aber demütigend fand, dauernd von einer fachlich unqualifizierten Frau korrigiert zu werden.

Internistische Anamnese:

Im Jahre 1958 bemerkte der Patient zum erstenmal kleine Blutstreifen auf dem sonst normalen Stuhl. Drei Wochen später ging der Pat. zum Hausarzt, der ihn in der Annahme, es handle sich um blutende Hämorrhoiden, mit Zäpfchen behandelte. Am 2.1.1958 wurde der Pat. in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg überwiesen. Das Krankheitsbild hatte sich insofern verschlimmert, als nun 4 - 6 schleimige, blutige und flüssige Stühle pro Tag auftraten. Der Pat. bekam Azulfidine, die jedoch nach 8 Tagen abgesetzt werden mußten, da sich die Durchfälle verschlimmerten. Die Menge des dem Stuhl beige-mengten Blutes nahm zu. Es traten ziehende Schmerzen auf, die im Unterbauch ihr Punktum maximum hatten. Der Pat. hatte das Empfinden eines "nassen Gefühls" und Druck im Bauchraum. Nach wochenlanger symptomatischer Behandlung konnte der Pat. in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden. Nachdem er sich noch einen Monat zu Hause erholt hatte, nahm er seine alte Arbeit wieder auf. Im Herbst des gleichen Jahres trat dann wieder etwas Blut auf dem Stuhl auf. Nach einer Auseinandersetzung mit der Chefin verstärkten sich die Beschwerden bei dem Pat. sehr. Er wurde in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg eingeliefert. Rektoskopie Probeexcision aus der Dickdarmschleimhaut, Kontrasteinlauf und Histologie führten zu der Diagnose: Chronische Colitis und Proktitis. Die colitischen Veränderungen fanden sich bis zur Mitte des Descendens. Histologisch konnte nachgewiesen werden, daß sie bisher nur auf die Schleimhaut beschränkt waren. Der Pat. wurde in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg verlegt. Dort sah man einen 37jährigen Pat. in noch gutem E.Z., etwas reduziertem

A.Z., Gewicht 120 Pfund, Sensorium ungestört, neurologisch keine Abweichungen. Pulmo und Cor auskultatorisch und perkutorisch o.B., RR: 110/70, Puls: 105/Min., weiche Bauchdecken, etwas unter Thoraxniveau, Leber 2 QF unter rechtem Rippenbogen, Milz nicht tastbar, Nierenlager beiderseits frei. Der Pat. klagte über Schmerzen im linken Unterbauch, die zum linken Oberbauch und zum rechten Unterbauch ausstrahlten. Nach einer eingangs durchgeführten Rektoskopie nahm bei dem Pat. die Zahl der Stühle zu und die Blutbeimengungen zum Stuhl verstärkten sich. Innerhalb von 4 - 5 Wochen nahm der Pat. 20 bis 25 Pfund an Gewicht ab. Der körperliche Zustand verschlechterte sich kontinuierlich. Als dann eine Behandlung mit Bluttransfusionen und Azulfidine durchgeführt wurde, verschwanden die Durchfälle langsam und die Blutbeimengungen wurden geringer; auch die Schmerzen ließen nach. Während der stationären Behandlung war auch der Appetit des Pat. gut; es kam später auch wieder zu einem Anstieg des Körpergewichtes. Im weiteren Verlauf der Behandlung wechselte die Konsistenz des Stuhles sehr, Blutauflagerungen wurden immer wieder gesehen. Für allergische Reaktionen ergab sich kein Hinweis. Anfangs hatten 16 - 20 Stühle pro Tag bestanden, gegen Ende der Behandlung entleerte der Pat. bis 4 Stühle pro Tag. Vor Beginn der Behandlung hatte sich der Pat. um eine Stelle als Werklehrmeister in der Berufsschule einer hessischen Kleinstadt beworben. Die Bestellungsurkunde wurde ihm während der stationären Behandlung in der Univ.-Klinik zugestellt. In gebessertem Zustand wurde

der Pat. nach Hause entlassen. Wiederum traten nach Aufregungen im beruflichen Leben bei dem Pat. Blutbeimengungen zum Stuhl auf, die er nun mit Azulfidine behandelte, worauf es sehr schnell zu einer Besserung kam. Im folgenden Jahr kam er, nachdem monatelang keine Beschwerden aufgetreten waren, im Mai 1960 in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg zur Aufnahme. Dem Auftreten der blutigen Stühle war eine Auseinandersetzung mit seiner Chefin vorausgegangen. Bei der Aufnahme in der Medizinischen Univ.-Klinik Marburg sah man einen 38jährigen Pat. in reduziertem A.Z., Haut blaß, Abdomen meteoristisch gebläht, beiderseits vergrößerte und zerklüftete Tonsillen, BSG normal, Blutbild im Bereich der Norm, RR: 130/80, Kreatinin im Serum mit 1,2mg leicht erhöht, Kalium 17,1mg, Natrium 336mg, Gesamt-Eiweiß normal, Albumine stark vermindert, Globuline sämtlich vermehrt. Es bestanden Temperaturen um 38 Grad. Bei der Rektoskopie sah man eine hoch entzündliche Darmschleimhaut mit multiplen Ulcerationen. Ein Teil der Ulcerationen blutete. Man gab zunächst glutenfreie Kost und 4 mal 250mg Aureomycin. Hierauf nahm die BSG zu, das Fieber stieg bis auf 39,9 Grad an. Als dann auch die Zahl der blutigen Stühle zunahm gab man statt Aureomycin 3 mal 0,5g Formocibazol pro Tag. Auch unter dieser Therapie kam es zu einer weiteren Beschleunigung der BSG und zu einer weiteren Zunahme der Stühle, Stuhlentleerungen bis zu 12 pro Tag. Das Fieber bestand unverändert weiter und es trat eine ausgeprägte Leukozytose auf. Als man dann Azulfidine 5 mal 0,5g bis 6 mal 0,5g und Bluttransfusionen gab, entfieberte der Pat. und das subjektive Befinden besserte sich wesentlich, während die Zahl der Stühle unver-

ändert blieb. Eine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsbildes wurde erreicht, als man Ultracorten gab. Man begann mit 40mg pro Tag, reduzierte kontinuierlich bis auf 2,5mg pro Tag und gab abschließend ACTH. Azulfidine wurden weiter gegeben, dazu Vitaminpräparate und wegen einer geringen Hyperkaliaemie Kalium bicarbonicum. Das subjektive Befinden des Pat. war nun als gut zu bezeichnen, die Zahl der Stühle ging auf zwei pro Tag zurück, die schließlich auch keine Blutbeimengungen mehr zeigten. Das Gewicht stieg von 53,8kg auf 57,1 kg an, wozu wohl auch die Gabe von Dianabol, 10mg pro Tag, beigetragen hatte. Da man noch einen auffällig niedrigen Eisenwert von 43 gamma% im Serum fand, gab man Ferrlecit. Ein abschließender Kontrasteinlauf ergab folgenden Befund: Ampulle normal, Sigma und Descendens eng bei angedeuteter Haustrierung, Colon ascendens und Coecum auffallend weit und stark haustriert. Im Bezug auf den röntgenologischen Befund bei der Aufnahme hatte sich das Bild verschlechtert. Im Hinblick auf den chronisch rezidivierenden Verlauf der Colitis ulcerosa bei Herrn S. empfahl man dem Pat. die Kolektomie. Nachdem er sich mit seiner Ehefrau besprochen hatte, willigte er in die Operation ein.

Chirurgische Anamnese:

Nach intensiver Vorbereitung wurde in der Chirurgischen Univ.-Klinik Marburg bei Herr S. die subtotale Kolektomie mit End-zu-End Anastomose zwischen dem verbliebenen Coecum und dem Rektum ausgeführt. Aus operationstechnischen Gründen wurde die Milz mit entfernt, die auf 400 gr. vergrößert war. - Die histologische Untersuchung der Milz ergab Blutstauung und starke Hämosiderose. Die histologische

Untersuchung des Dickdarmpräparates zeigte eine Verbreiterung der Submucosa; im Bereich der verbliebenen Schleimhautinseln fanden sich in Mucosa und Submucosa dichte, entzündliche Infiltrate, die reichlich eosinophile Zellen enthielten. Diagnose: Chronisch ulcerös - polypöse Colitis.

Unter gezieltem Antibioticumschutz heilte die Wunde primär. Die anfänglich postoperativ noch bestehenden durchfälligen Stühle normalisierten sich nachdem der Patient kräftigere Nahrung zu sich nahm. Das Gesamteiweiß normalisierte sich, nach Gaben von Plastulen konnte der Hb.-Wert gebessert werden. Hb. bei der Entlassung 88%, Gesamteiweiß 6,46g%. In beschwerdefreiem Zustand wurde der Patient nach Hause entlassen. Die Gewichtszunahme bei Herrn S. war mit anfänglich 4 Pfund pro Woche sehr zufriedenstellend. Ein Jahr später - im Jahre 1961 - kam der Pat. zu einer vereinbarten Nachuntersuchung. In der Zwischenzeit hatte er sich recht wohl gefühlt und keine Beschwerden von Seiten des Darmes mehr gehabt. Nach der Operation hatte er 25kg an Gewicht zugenommen. Der Stuhl war normal geformt und gefärbt.

Bei der Aufnahme sah man einen 39jährigen Mann in gutem A.Z. und E.Z., kein Exanthem, keine Cyanose, reizlose Operationsnarbe, Leib weich, keine pathologischen Resistenzen, keine Druckschmerzhaftigkeiten. Leber nicht vergrößert, Nierenlager beiderseits frei. Kein pathologischer Befund. Die retrograde Kontrastdarstellung der verbliebenen Coecum und Rektumabschnitte zeigten eine tadellos funktionierende Anastomose. Bis auf ein etwas vergrößertes Schleimhautrelief im

Coecumbereich fand sich kein Anhalt für das Vorliegen eines Rezidivs. Ein Übertritt des Kontrastbreies in die terminalen Ileumschlingen erfolgte nicht. Das Blutbilde, einschließlich elektrophoretische Untersuchung, zeigte normale Werte, die BSG war mit $2/5$ mm n.W. ebenfalls im Bereich der Norm. Im Urin fand sich eine leichte Erythrozyturie, die auch bei Kontrollen weiter bestand. Man sah 3 - 5 Erythrozyten pro Blickfeld. Koliken oder andere Krankheitssymptome hatte Herr S. nicht bemerkt. Beim retrograden Pyelogramm zeigte sich keine krankhafte Veränderung im Bereich des Nierenhohlsystems oder der abführenden Harnwege. Eine Untersuchung des Urins auf säurefeste Stäbchen ergab keinen pathologischen Befund. Der Pat. wurde nach Hause entlassen. - Als bei dem Pat. im Jahre 1963 Schmerzen im Bereich des rechten Unterbauches auftraten, erfolgte eine Durchuntersuchung auf der urologischen Station der Chirurgischen Univ.-Klinik Marburg. Ein pathologischer Befund konnte nicht erhoben werden. Im Jahre 1964 machte der Pat., einen fieberhaften Infekt durch, währenddessen sehr starke Kopfschmerzen auftraten. Als der Infekt und mit ihm die Kopfschmerzen verschwanden, traten durchfällige Stühle mit geringen Blutbeimengungen auf. Der Stuhl normalisierte sich langsam wieder und die Blutbeimengungen verschwanden, um nach 8 Tagen auf normal geformtem Stuhl wieder aufzutreten. Schmerzen im Bereich des Abdomens hatte der Patient nicht. Er wurde erneut in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg eingewiesen. Bei der Aufnahme sah man einen 42jährigen Pat. in gutem A.Z. und E.Z., Rachenring reizlos, linke Gaumentonsille stark vergrößert und zerklüftet. Foetor ex ore, Zunge etwas belegt. Pulmo und Cor bei klinischer

Durchuntersuchung o.B., die Bauchdecken muskulös, weich, etwas unter Thoraxniveau, reizlose Operationsnarbe, keine pathologischen Resistenzen, Leber nicht vergrößert, Nierenlager gering klopf-schmerzhaft. Hb. 92%, Hämatokrit 44%, Leukozyten 8 800, BSG 5/10, Gesamteiweiß 7,1g%, Kreatinin 1,1mg%, Serum-Bilirubin 0,37mg%, Takata 100mg%, Elektrolyte im Normbereich. Im Urin Eiweißflockung, Zucker negativ, im Sediment vereinzelt Leukozyten, mäßig Erythrozyten und granulierte Zylinder. Man gab dem Pat, über 6 Tage 3 mal 4 Tabl. Azulfidine. Bei der rektoskopischen Untersuchung bis 18 cm fand man keinen deutlichen pathologischen Befund und keine Blutungsquellen. Man nahm an einer Schleimhautvorwölbung eine P.E. vor, deren histologische Untersuchung einen kleinen drüsigen Polypen mit lockeren, chronisch entzündlichen Infiltraten zeigte. Kontrasteinlauf und Passage von oben ergaben keine eindeutig pathologischen Veränderungen. Der Pat. wurde in die Medizinische Univ.-Klinik verlegt. Diagnose: Rezidivierende Colitis ulcerosa, Zustand nach subtotaler Kolektomie und Splenektomie, Mikrohämaturie, Leukurie, Zylinderurie, unklare Genese.

Blutbild o.B., Blutchemie und Leberfunktionsproben unauffällig, keine pathogenen Darmkeime im Stuhl, Gerinnungsstatus o.B., Kreatinin und Harnstoff im Normbereich, EKG und Thorax-Durchleuchtung o.B., RR: 120-135/70-90. Im Urin-Sediment fanden sich konstant zahlreiche Leukozyten und Erythrozyten, wechselnd hyaline und granulierte Zylinder. Esbach 0,5 - 0,7 ‰. In der Dreigläserprobe fanden sich im dritten Sediment mehr Erythrozyten, Leukozyten und granulierte Zylinder als in der ersten und zweiten Probe. Die Phenolprobe fiel regelrecht

aus, der Urin konnte bis zum spezifischen Gewicht von 1032 konzentriert werden. Die Filtrationsfraktion wurde bei der PAH-Inulin-clearance normal befunden. Bei entsprechender Untersuchung fand sich kein Hinweis auf Kollagenkrankheiten. Im i.v. Pyelogramm konnte kein sicher pathologischer Befund erhoben werden. BSG 6/17, Phenolrotausscheidung 33%, Volhard: 1000 bis 1032, innerhalb von 4 Stunden wurde die regelrechte Flüssigkeitsmenge ausgeschieden. Bei der Elektrophorese fand sich eine Globulinvermehrung auf 28%. Im Urin fanden sich Coli und Enterokokken; eine Untersuchung auf Tuberkelbazillen fiel in Kultur und Tierversuch negativ aus. Bei einem noch einmal durchgeführten i.v. Pyelogramm zeigte sich eine deutlich verminderte Kontrastmittelausscheidung links und eine etwas plumpe Darstellung der Kelche, insbesondere am oberen Nierenpol. Die rechte Niere war unauffällig. Der Patient wurde aus der stationären Beobachtung nach Hause entlassen. Da zu Hause immer wieder kleine Blutauflagerungen auf dem Stuhl bemerkt wurden, nahm der Pat. regelmäßig Azulfidine, deren Dosierung schrittweise bis auf 3 pro die reduziert wurde.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei dem Pat. um einen geselligen, stimmungsmäßig nicht ausgeglichenen, sehr energischen Menschen, der eine starke Bindung zur Mutter und zur Tante hatte. Er war stets ein guter Schüler und ein sehr guter Sportler. Obwohl er angeblich ein guter Gesellschafter ist, verbringt er seine Freizeit am liebsten im Kreis der Familie; aus diesem Grund gehört er auch keinem Verein an.

Psychiatrisch:

Als erstes muß bei Herrn S. die starke Mutterbindung erwähnt werden, die sich in der Kindzeit und früheren Jugendzeit entwickelte. Die weitere Entwicklung scheint zunächst unauffällig zu sein. Während der Zeit der Gefangenschaft ist dann die ausgeprägte Obstipation zu erwähnen. Zu anhaltenden Konfliktsituationen kommt es bei dem Pat., als er als Meister eine Autoreparaturwerkstatt leitet und sich während dieser Zeit den sachlich falschen Anordnungen einer fachlich unqualifizierten Chefin beugen muß. In dieser Situation tritt dann die Colitis ulcerosa auf. Entsprechend seiner Situation ist der Verlauf der Colitis ulcerosa chronisch-rezidivierend. Interessant ist, daß sich während einer stationären Behandlung das Krankheitsbild von Herrn S. verschlechtert, als er von einem Arzt behandelt wurde, den er, wie er selbst sagt, aus menschlichen Gründen ablehnte. Sehr schnell kam es zu einer Besserung des subjektiven und objektiven Befindens bei dem Pat., als er sich gegenüber dem Arzt durchsetzte, indem er von ihm verordnete Einläufe verweigerte. Während colitischer Schübe hatte bei dem Pat. immer wieder eine leichte depressive Verstimmung bestanden. Die subtotale Kolektomie wurde von Herrn S. gut überstanden. Nach einer kurzen Erholungszeit zu Hause konnte er eine Stelle als Werklehrmeister in einer Berufsschule annehmen. Nach der Operation mußte der Pat. häufig über Schwindelgefühl und über häufig auftretende Schmerzen im Unterbauch klagen. Er ist nach Angabe "nervös" geworden, grübelt oft, ist stimmungsmäßig nicht ausgeglichen und hat oft Angst davor ein Carcinom zu bekommen.

Besonders fällt auf, daß bei dem Pat. seit der Operation ein völliger Verlust der Libido bei erhaltener Potenz eingetreten ist. Er hat seit der Operation keinen Geschlechtsverkehr gehabt. In seiner Freizeit arbeitet er nun viel im Garten, macht Spaziergänge mit seinem Sohn, beobachtet Tiere im Wald oder fährt mit seiner Familie am Wochenende zu Freunden.

Intern:

42jähriger Pat. in gutem E.Z. und A.Z., Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, keine Cyanose, keine Ödeme, kein Ikterus, Zunge feucht, rot, nicht belegt, Rachen reizlos, Gebiß saniert, Pulmo und Cor auskultatorisch und perkutorisch o.B., W.S. o.B., weiche, mäßig adipöse Bauchdecken, etwas unter Thoraxniveau, Leber nicht vergrößert, Nierenlager beiderseits frei, reizlose Operationsnarbe, geringer Druckschmerz im rechten Unterbauch und über dem Os pubis in der Medianlinie, Extremitäten o.B.

Neurologisch:

Neurologisch ergab sich bei seitengleich gut auslösbaren Reflexen kein pathologischer Befund. Keine Sensibilitätsstörungen.

Elektroencephalographische Untersuchung:

Diskontinuierlicher alpha-Rhythmus von 10-12" bei Amplituden bis zu 50 MikroV. Streckenweise erscheinen die Amplituden des rechtsseitigen alpha-Rhythmus geringfügig niedriger als auf der Gegenseite. Ungeordnete, überwiegend rasche beta-Wellen niedriger Amplitude finden sich zahlreich über zentrale Punkte eingestreut, delta-Wellen bis herab zu 5" sind soweit bei niedrigem Kurvenverlauf zu beurteilen, offenbar mäßig diffus eingestreut. Keine wesentliche Änderung unter 2 Minuten Hyperventilation. Beurteilung: Niedrig gespanntes EEG mit diskontinuierlichem Grundrhythmus, sehr wahrscheinlich Normvariante. Kein Seiten- oder Herdbefund, keine spezifischen Zeichen.

Neuroradiologische Untersuchung:

Mäßige Kalottensymmetrie, verstärkte frontoparietale Diploevenenzeichnung, die nach den vorliegenden Aufnahmen links etwss ausgeprägter zu sein scheint als rechts. Geringfügige frontale Hypersklerosierung. Etwas unruhige Kalottenzeichnung im Sinne etwas vermehrter Impressionae digitatae. Lagegerechter Falxschatten. Epiphysenkalkschatten auf der seitlichen Aufnahme an typischer Stelle, nach der Ap.-Aufnahme nicht mit Sicherheit zu identifizieren. Mäßige Asymmetrie des Bodens der Sella und des Dorsum sellae. Sonst Sellaregion und übrige Basis o.B., wobei zu bemerken ist, daß die oberen Felsenbeinkanten beiderseits etwas mehr als gewöhnlich nach medialwärts ansteigen. Cervico occipitaler Übergang o.B. Stirnhöhlenasymmetrie. NNH frei. Am Gesichtschädel keine Besonderheiten. Beurteilung: Die erwähnten Auffälligkeiten sind zu registrieren. Sonst am Schädel kein sicher nachweisbarer Befund.

Psychischer Eindruck:

Wir sahen bei der Untersuchung einen sauber und sportlich gekleideten Mann, der im ganzen einen frischen und energischen Eindruck machte. Benehmen im ganzen situationsgemäß, Sprechweise ruhig und bestimmt. Körperhaltung straff. Die an ihn gestellten Fragen beantwortete er klar ruhig und freundlich. Die Sprache war gewandt. Der Pat. war zu den gewünschten Untersuchungen gern bereit, gab erschöpfend Auskunft und betonte häufig seine sehr aktive Einstellung zum Leben. Die Libidoeinschränkung wurde allerdings von dem Pat. erst am Ende der Exploration auf gezielte Fragen hin zögernd angegeben. Während der Unterhaltung schien der Patient im Hinblick auf eine Carcinom-Entstehung im verbliebenen Dickdarm stark fixiert.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Der zur Zeit der Untersuchung 42jährige Pat., bei dem es sich primär um einen geselligen, stimmungsmäßig nicht ausgeglichenen, sehr energischen Menschen handelt, der eine starke Bindung zur Mutter hat, zeigt im Alter von 36 Jahren erstmals colitische Symptome. In dieser Zeit leitete der Pat. als Meister eine Autoreparaturwerkstatt und mußte sich in dieser Stellung immer wieder den sachlich falschen Anordnungen einer fachlich unqualifizierten Chefin beugen. Nach seinen eigenen Angaben litt der Pat. stets sehr unter dieser Situation. In den folgenden Jahren kam es immer wieder zu stationären Behandlungen. Die Colitis ulcerosa zeigte einen chronisch rezidivierenden Verlauf. Der Pat. wurde im wesentlichen mit Azulfidine behandelt. Nach eigenen Angaben kämpfte der Pat. energisch gegen seine Krankheit an. - Erwähnenswert sei, das sich das Krankheitsbild bei Herrn S. während einer stationären Behandlung sehr verschlechterte, als er von einem Arzt betreut wurde, den er, wie er selbst sagt, aus menschlichen Gründen ablehnte. Nachdem er sich seiner Schilderung nach, dem Arzt gegenüber durchgesetzt hatte, indem er vom Arzt angeordnete Einläufe verweigerte, kam es zu einer spontanen Besserung. - Bei den colitischen Schüben hatten bei dem Pat. immer ganz leichte depressive Verstimmungen bestanden. Zwei Jahre nach Beginn der Colitis ulcerosa wurde bei dem Pat. die subtotale Kolektomie ausgeführt, bei der aus operationstechnischen Gründen eine Splenektomie mit ausgeführt wurde. Die Operation wurde sehr gut überstanden, der Patient nahm kontinuierlich zu. - Er nahm nun eine Stelle

als Werklehrmeister in einer Berufsschule an. Nach seinen Angaben entspricht diese Arbeit voll und ganz seinen Wünschen und füllt ihn voll aus. - Nach der Operation mußte der Pat. häufig über Schwindelgefühl und häufig auftretende Schmerzen im Unterbauch klagen. Er ist, wie er selbst sagt "nervös" geworden, grübelt oft, ist stimmungsmäßig nicht ganz ausgeglichen und hat oft Angst ein Carcinom zu bekommen. Ganz besonders auffällig ist aber bei dem Pat. ein völliger Verlust der Libido bei erhaltener Potenz. Das ist um so auffälliger, als ja bei dem Pat. die subtotale Kolektomie ausgeführt worden ist, d.h. das Rektum wurde belassen. Seit der Operation hat der Pat. keinen Geschlechtsverkehr mehr gehabt. - Bemerkenswert ist noch, daß bei dem Pat. ein Jahr nach der Operation eine Erythrozyturie festgestellt wurde, die in späteren Untersuchungen bestätigt wurde, jedoch nicht abgeklärt werden konnte. - Drei Jahre nach der Operation traten bei dem Pat. nach einem fieberhaften Infekt erneut Durchfälle auf, denen wenig Blut beigemischt war. - Eine Kontrollrektoskopie ergab den Befund einer rezidivierenden Colitis ulcerosa im Bereich des verbliebenen Rektums. Das Rezidiv konnte konservativ beherrscht werden. Der Pat. lebt heute in einer hessischen Kleinstadt und ist bis auf die oben genannten postoperativ aufgetretenen Beschwerden offensichtlich beschwerdefrei. Immer ausgeprägter scheint jedoch bei dem Pat. eine Cancerophobie hervorzutreten.

6. Fall:

W.Sch., 40 J., verh., Rentner

Diagnose: Colitis ulcerosa gravis

Therapie: Hemikolektomie links, Anus praeter transversus

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Der Vater des Patienten ist gesund. Die Mutter leidet unter Gallenbeschwerden. Der einzige Bruder von Herrn Sch. ist gesund. Die jüngste von drei Töchtern, sie wurde im Jahre 1961 geboren, hatte eine Stoffwechselkrankheit" mit Leibschmerzen und Erbrechen. Nähere Angaben über diese Krankheit können nicht gemacht werden; das Kind ist angeblich jetzt wieder gesund. In der Familie kein Anhalt für Nerven- oder Geisteskrankheiten, Autoimmunitätserkrankungen oder allergische Erkrankungen.

Eigenanamnese: 1931 Masern, Scharlach, Schlüsselbeinbruch, 1933 Mumps, sehr häufig hatte der Pat. Anginen, die oft eitrig waren. 1942 im Krieg erfror er sich die Füße, eine Zehe wurde amputiert. 1948 bekam er als Soldat in Ägypten Malaria, in Deutschland hatte er drei Rezidive. 1951 Tonsillektomie. Etwa im gleichen Jahr begannen bei ihm Druck auf der Brust, anfallsweise Luftmangel, "Herz wie ein Kloß in der Brust, Gefühl, als wenn eine Falle zuschnappen wolle, als wenn jeden Augenblick Schluß sei". Morgens nach dem Aufstehen kollabierte der Pat. häufig. Er konnte danach angeblich nur noch atmen, wenn er krumm gebeugt stand. Dieser Zustand hielt angeblich 1-2 Stunden an. Wegen dieser Beschwerden hat er in den Jahren 1956 bis 1959 nicht arbeiten können. Durch einen

Heilpraktiker wurde eine Besserung des Befindens erzielt. 1957 Appendektomie.

Zum Lebenslauf: Am 20.5.1925 wurde Herr Sch. als zweiter Sohn eines Arbeiters und dessen Ehefrau in einem hessischen Dorf geboren. Zu dem ein Jahr Älteren Bruder hat er immer ein gutes Verhältnis gehabt, ein nach ihm geborener Bruder starb kurz nach der Geburt. Bei der Geburt des Patienten waren die Eltern 23 bzw. 18 Jahre alt. Die Jugend war sehr behütet. Die beiden Söhne wurden von den Eltern sehr verwöhnt. An der Mutter "eine Seele von Mensch", hängt der Pat. auch heute noch sehr. Im Jahre 1931 wurde Herr Sch. in der Heimatgemeinde eingeschult. Das erste Schuljahr mußte wiederholt werden, da er wegen Scharlach, Masern, sowie eines Schlüsselbeinbruches, dem Unterricht zu oft fernbleiben mußte. In den folgenden Jahren wurde die Volksschule glatt durchlaufen. Das Verhältnis zu den Mitschülern war angeblich "normal", allerdings hat der Patient nach seinen Angaben nie einen echten Freund gehabt; diese Angabe bezieht sich auch auf die Militärzeit. Auch während der sogenannten Entwicklungsjahre blieb das Verhältnis zum Elternhaus ungetrübt; es trat eine stärkere Bindung an die Mutter hervor, der er angeblich mehr nachgeraten ist als dem Vater. Im Jahre 1939 begann der Pat. nach Beendigung der Volksschuljahre eine Lehre bei der Kleinbahn Kassel-Naumburg. Er wurde bei der Abfertigung am Fahrkartenschalter und beim Güternahverkehr beschäftigt. Die Lehre konnte nicht abgeschlossen werden, da der Pat. 1942 zur Wehrmacht eingezogen wurde. Nachdem er anfangs an der Ostfront eingesetzt war und sich dort Erfrierungen zugezogen hatte, wurde er im weiteren Verlauf des Krieges als Soldat des Afrikacorps eingesetzt. Am 23.5.1944 kam

er dort in englische Gefangenschaft. Vorher war er nach einer Bluttransfusion angeblich auf dem rechten Auge erblindet. Er wurde in einer Augenklinik in Paris behandelt; die Sehkraft kam angeblich nach etwa einem halben Jahr zurück. In der englischen Gefangenschaft erkrankte er 1948 an Malaria. Gegen Ende des gleichen Jahres wurde er nach Hause entlassen. Er heiratete 1951. Seine Frau arbeitete in der ersten Zeit noch mit, später gab sie dies auf Bestreben des Pat. auf. Er selbst arbeitete als Saisonarbeiter an der Straße oder im Holzwald, zwischenzeitlich bezog er Arbeitslosenunterstützung. Im ersten Ehejahr entwickelte er bunte Symptombilder von Seiten des Herzens und des Kreislaufes, die schon bei oberflächlicher Betrachtung den Verdacht auf eine psychogene Verstärkung und psychische Fixierung erwecken. Er wurde von einem Vertrauensarzt krank geschrieben und zu einer Kur in den Vogelsberg geschickt. Erst drei Jahre später nahm der Pat. wieder eine Arbeit als Lastwagenfahrer an. Es war eine leichte Beschäftigung, während der er nur den Wagen fahren mußte; die Auf- und Abladearbeiten wurden von anderen erledigt. Weil ihm das Arbeitsklima nicht gefiel, kündigte er nach einem halben Jahr und ging zu einer anderen Firma. Er klagte wieder über Schwindelanfälle. Als er von seinem neuen Arbeitgeber zu weiten Transporten eingesetzt wurde, in deren Rahmen Akkordarbeit geleistet werden mußte, suchte er sich erneut eine andere Stelle, die er in einer Elektrogroßhandlung fand, wo er wieder als Fahrer von Lastwagen eingesetzt wurde. Diese Stelle verlor er, nachdem durch seine Nachlässigkeit einige Überladungen vorgekommen waren, deretwegen die Firma Strafen be-

zahlen mußte, und nachdem er einen Unfall schuldhaft herbeigeführt hatte. Von der Polizei wurde ihm der Führerschein für die Dauer eines halben Jahres entzogen. Einen neuen Arbeitsplatz fand er in einer Ziegelei. Diese Stelle verließ er nach 4 Monaten, angeblich weil ein Malariaanfall aufgetreten war. Nunmehr verrichtete er Saisonarbeit oder er empfing Arbeitslosenunterstützung. 1961 nahm er erneut eine Stelle als Lastwagenfahrer an. Es war nach seinen Angaben ein "unruhiger Arbeitsplatz", an dem es nie ohne Ärger oder "Rabbatz" abging. Während dieser Zeit, angeblich nach einer Polio-Schluckimpfung, traten bei dem Pat. zum erstenmal kleine Blutspuren auf dem Stuhl auf.

Internistische und chirurgische Anamnese:

Zuerst traten auf normal geformtem und gefärbtem Stuhl kleine Blutspuren auf. Im Laufe einiger Wochen wurden dann die Stühle zahlreicher, bis zu 8 Entleerungen pro Tag und die Blutbeimengungen nahmen zu. Der Pat. wurde kontinuierlich schwächer. Zwischenzeitlich traten Fieberschübe auf. Etwa ein Jahr nach Beginn der Darmblutungen, die in wechselnder Stärke auftraten, kam es nach heftigem Ärger am Arbeitsplatz zu einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes. Herr Sch. suchte den Hausarzt auf, der eine sofortige Einweisung auf eine internistische Station eines Stadtkrankenhauses veranlaßte. Dort wurde eine Colitis ulcerosa diagnostiziert. Rektoskopisch sah man zahlreiche kleine Ulcerationen, röntgenologisch ergab sich der Befund einer schweren Colitis im Bereich des Colon ascendens und teilweise auch des Colon transversum. Den behandelnden Ärzten fiel das sehr verschlossene Wesen des Pat. auf; nach

seinen Angaben bestanden zu dieser Zeit erhebliche depressive Verstimmungen. Unter internistischer Therapie verschwanden innerhalb von 4 Wochen die dünnen und blutigen Stühle. Bei einer Kontrollrektoskopie sah man nur noch eine leicht entzündlich veränderte Schleimhaut, Ulcerationen waren nicht mehr nachweisbar. In objektiv und subjektiv gutem Zustand wurde Herr Sch. nach Hause entlassen. Nachdem er wieder gearbeitet hatte, mußte er wegen eines grippalen Infektes nach 6 Wochen für einige Tage Bettruhe einhalten. Eine kurze Zeit später auftretende Grippe versuchte er mit Tabletten zu behandeln, die ihm verschrieben worden waren. Er bekam nun Schmerzen im Bereich beider Nierenlager, die nach einer Therapie mit Sulfonamiden verschwanden. Nach 5 beschwerdefreien Tagen entwickelte sich eine sehr schmerzhaft Schwellung des rechten Hodens, der die Größe einer Apfelsine erreichte. Unter der Verdachtsdiagnose Gonorrhoe erfolgte die Einweisung auf eine Station für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Angeblich wurden im Abstrich nie Gonokokken gefunden. Ein Abszess, der sich um den rechten Hoden bildete, wurde gespalten. Nach der Entlassung nahm Herr Sch. seine Arbeit wieder auf. Zwischenzeitlich traten immer wieder Blutspuren auf normal geformten Stuhl auf. Der Pat. nahm dann Azulfidine ein und führte Darmspülungen mit Kamille durch. Im Frühjahr 1964 traten dann nach einer Polio-Schluckimpfung erneut auf normal geformtem Stuhl größere Blutmengen auf. Der Pat. entleerte zwei Stühle pro Tag. In dieser Zeit hatte der Pat. auch wieder über Schwindelanfälle zu klagen, die so heftig waren, daß er nicht mehr den Kraftwagen steuern konnte. Nachdem er dann wegen

einer Grippe fast drei Wochen bettlägerig war, mußte er die eben aufgenommene Arbeit nach 3 Tagen abbrechen, weil er plötzlich bis zu 28 wässrige, blutige Stühle pro Tag bekam. Unter hausärztlicher Betreuung lag er zunächst 14 Tage zu Hause, bevor er in einem Krankenhaus in Kassel stationär aufgenommen wurde. Dort sah man einen 39jährigen Pat. in reduziertem E.Z. und A.Z., Status febrilis mit septischen Temperaturen, an der Mundschleimhaut oberflächliche Ulcerationen. Das Colon war gebläht und und druckempfindlich, man sah einen kirschgroßen stark entzündeten Hämorrhoidalknoten mit Ulcerationen an der Oberfläche und fand die rektale Schleimhaut uneben und derb bei der digitalen Untersuchung. Es traten gehäuft schleimig-blutige Stühle auf. Im Blutbild und Urin wurde keine Abweichung gefunden, im Stuhl konnten pathogene Keime nicht nachgewiesen werden, Gruber-Widal negativ, Blut und Galle waren steril, die BSG wurde mit 44/71 erhöht befunden. In der elektrophoretischen Untersuchung wurden die α_1 und α_2 Globuline erhöht gefunden, das Albumin lag bei 32 rel.%. Man nahm zunächst eine Colitis ulcerosa an und behandelte neben einer entsprechenden Diät mit Mexaform-S und Azulfidine und transfundierte außerdem zweimal 500 ml Blut. Als nach einer Woche weiter hohe Temperaturen bestanden und immer noch schleimig-blutige Stühle entleert wurden, behandelte man mit Urbason. Es wurden anfangs für 8 Tage 4 mal 3mg/die gegeben, danach 3 mal 8mg Urbason-retard und nach einer weiteren Woche 2 mal täglich 8mg. Zwischenzeitlich gab man an 2 Tagen je 40 I.E. Depot-ACTH; außerdem wurden gegen Ende der Behandlung täglich 400 000 I.E. Supracillin und 1 g

Leukomycin oral gegeben. Nach Beendigung der Behandlung mit Urbason sah man einen Rückgang der Temperaturen und eine Besserung der Stühle sowie des Allgemeinbefindens. Bei einer Rektoskopie fand man nun an der Rektumvorderwand den auch tastbaren derben, ulcerösen Prozess, bei dem man den Verdacht auf ein Malignom hatte. Unter dieser Verdachtsdiagnose wurde Herr Sch. in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg überwiesen. Dort sah man einen Patienten in schlechtem A.Z., Conjunktiven blaß, Zunge belegt, Bauchdecken dünn, gespannt, Leber an rechtem Rippenbogen tastbar, Milz nicht vergrößert, Abwehrspannung im linken Oberbauch, der linke Oberbauch und das linke Nierenlager wurden druckschmerzhaft empfunden. Bei mäßigem Appetit klagte der Pat. über starkes Durstgefühl. Es bestanden auf geformtem Stuhl immer noch starke Blutauflagerungen. Es wurden Temperaturen bis 39,8 Grad gemessen. Bei der rektalen Untersuchung tastete man die Ampulle als starres, derbes Rohr mit einigen ulcusartigen Vertiefungen und pseudopolypösen Vorwölbungen. Bei der Rektoskopie konnte das Instrument ohne Schwierigkeiten bis in 15 cm Höhe geführt werden. Man sah bis 5-Markstückgroße teilweise flache, teilweise tiefe, eitrig-schleimige Ulcerationen, an deren Rand sich pseudopolypöse Vorwölbungen befanden. Jede Berührung der Schleimhaut führte zu Blutungen. Carcinomverdächtige Stellen konnten nicht festgestellt werden. In 2cm, 5cm, 8cm, und 15cm wurden Probeexzisionen entnommen, deren histologische Untersuchung den Befund einer schweren ulcerösen Colitis ergab; für Malignität fand sich kein Anhalt. Oberhalb von 15cm war der Darm mit eitrig-blutigem Stuhl ge-

füllt. Die retrograde Kontrastdarstellung des Dickdarmes ergab den Befund einer Colitis ulcerosa im Bereich von Rektum, Sigma und Descendens bis zur linken Flexur. Bei weiteren Untersuchungen fand man eine erhöhte BSG von 50/67, ein Gesamteiweiß im Serum von 6,6g% und ein Hb. von 78,8%. Der Bromthaleintest wies mit 24% Retention auf eine erhebliche Leberbeteiligung hin. Der Patient wurde täglich mit 2g Paraxin und 4 mal 4 Tabl. Azulfidine behandelt, bis er in die Medizinische Univ.-Klinik verlegt wurde, wo das akute, toxisch-septische Krankheitsbild zunächst konservativ behandelt werden sollte. Herr Sch. befand sich bei der Aufnahme in stark reduziertem Körperzustand; er machte einen exsikkierten Eindruck. Es kam täglich bis zu 20 Entleerungen eines wässrigen, leicht stinkenden Stuhles. Man fand eine Anämie von 10g% bei 3,7 Mill. Ery. eine starke Linksverschiebung im Differentialblutbild, eine BSG von 36/69 mm n.W., bei noch normalem Natrium eine Erniedrigung des Chlors im Serum auf 90 mVal%, einen Kaliumwert von 3,8 mVal, ein Gesamteiweiß von 7g%, eine Hypalbuminämie von 38 rel% und im Urin eine leichte Eiweißtrübung und granulierte Zylinder sowie einige Leukozyten. Es bestanden Temperaturen um 39 Grad mit Tachycardie bis 120/Min. Im EKG sah man eine diffuse Störung der Erregungsrückbildung. Unter genauer Kontrolle von Einfuhr und Ausfuhr bemühte man sich um eine Regulation des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes. Da es anfangs immer wieder zur Ausscheidung von Blut im Stuhl kam, mußten insgesamt 8000 ml Blut in 8 Wochen transfundiert werden. Es wurden Azulfidine gegeben, anfangs 8g/die, später 12g/die; außerdem gab man täglich 1g Paraxin, BVK, Cebion, Eisen

und eine kalorienreiche und eiweißreiche Kost (120 g Eiweiß bei 2500 Gesamtkalorien). Später wurde auch Decortin H, täglich 25 mg, gegeben. Eine Entfleberung konnte erst nach etwa 6 Wochen erreicht werden. Mit folgenden Befunden wurde der Patient in die Chirurgische Klinik zurückverlegt: Temperatur rektal nicht höher als 37,2 Grad, 5 - 6 Stuhlentleerungen in 24 Stunden, meist geformt und normal gefärbt, Hb. 12,3g%, 3,8 Mill. Ery., 18000 Leuko., 20 rel% stab., 62 rel% segment., 1 rel% baso., 11 rel% Lymph., 6 rel% mono., BSG 22/52 mm n.W., Eisen i.S. 105 gamma, Kreatinin 1,0 mg%, Harnstoff 45 mg%, Bilirubin 0,5 mg%, alkalische Phosphatase 21 U/1, Gewicht 54,9 kg. In der Chirurgischen Univ.-Klinik sah man einen in E.Z. und A.Z. stark reduzierten Pat., Haut blaß, feucht, kein Ekzem, tiefliegende Augen, rechte Clavicula deformiert, rechte vordere Thoraxwand flach eingedrückt, RR 135/95, Darmschlingen insgesamt gespannt, Hyperperistaltik, Leber nicht sicher tastbar, Milz nicht vergrößert. Es bestand noch eine Anämie von 65% Hb. Der Pat. hatte täglich noch 5 mal Stuhlgang. Die oben genannte Therapie wurde bei Herrn Sch. weitergeführt und noch insgesamt 1500 ml Blut transfundiert. Es wurde ein Hb. von 74% erreicht. Bei der dann durchgeführten Laparotomie zeigten besonders Colon descendens und Sigma äußerlich schwerste entzündliche Veränderungen. Die Serosa war streckenweise fibrinbedeckt und es bestanden entzündliche Verklebungen mit der Umgebung. Es wurde eine typische linksseitige Hemikolektomie ausgeführt und der verbliebene Rektumstumpf mit Peritoneum gedeckt. Das Colon transversum wurde etwa in der Medianlinie oberhalb des Nabels zum endständigen Anus praeter herausgeleitet. Der

Eingriff wurde gut überstanden. Der verbliebene Rektumstumpf wurde mit Azulfidine gespült. Bei einer Rektoskopie 14 Tage nach der Operation sah man nur noch deutliche fibrinöse Beläge, jedoch keine Ulcerationen mehr. Der Pat. bekam Paraxin, Decortin und Vitamine. Mit einer Dauermedikation von 5 mg Decortin wurde er in ausreichend gutem Zustand drei Wochen nach der Operation nach Hause entlassen.

Am 20.2.1965 kam der Pat. erneut zur stationären Aufnahme, da ein periproktitischer Abszess und eine komplette intrasphinktare Analfistel bestand. Die Fistel wurde gespalten. Bei einer Kontrollrektoskopie fanden sich stellenweise kleinere ulceröse Veränderungen und weißliche Narbenbezirke. Es wurde eine Probeexcision ausgeführt, deren histologische Untersuchung den Befund einer chronischen, ulcerösen Colitis ergab. Der Pat. wurde nach wenigen Tagen mit guten Wundverhältnissen nach Hause entlassen. Eine tägliche Gabe von 5 mg Decortin wurde empfohlen, ebenso Spülungen des Rektumstumpfes mit Azulfidine.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei dem Pat. um einen lustigen, passiven, etwas kontaktarmen, wenig intelligenten Menschen, bei dem eine starke Bindung an die Verwandtschaft besteht, die ihren besonderen Akzent in der ausgesprochen starken Mutterbindung findet. Er war ein mittelmäßiger Schüler und im Kreise der Kameraden ein Mitläufer. Eigentliche Freunde hat er nie gehabt.

Psychiatrisch:

Im Längsschnitt sahen wir einen Pat., den man schon in seiner Kindheit als kontaktarm bezeichnen muß; dafür spricht, daß er immer nur der Typ eines Mitläufers war und nie, auch nicht in seiner späteren Soldatenzeit Freunde hatte. Hierin wird wohl auch das geringe

Selbstwertgefühl deutlich, das zu der ausgeprägten Mutterbindung führte. Irgendwelche Spannungen zwischen dem Pat. und den Eltern traten auch während der Pubertätsjahre nicht auf. Der Pat. wählte sich einen Beruf, der ihm eine nur sehr nichtssagende Stelle einräumte und ohne Entwicklungsmöglichkeiten war; allerdings erlaubte ihm dieser Beruf im Elternhaus zu verbleiben. Während seiner Zeit als Soldat in Afrika erblindete der Pat. auf dem rechten Auge. Wegen dieses Befundes kam er nach Paris, wo das Augenlicht angeblich nach einem halben Jahr langsam wiederkehrte. Es ist leider nicht mehr feststellbar, um was es sich damals gehandelt hat. Er heiratete zwei Jahre nach seiner Rückkehr aus englischer Gefangenschaft. Nun, erstmalig in seinem Leben in eine Verantwortung hineingestellt, entwickelte der Pat. bunte Symptombilder von Seiten des Herzens und des Kreislaufes., die den Verdacht auf psychogene Verstärkung und psychische Fixierung nahelegen. Der Pat. entzog sich durch die Krankheit der Verantwortung, für seine Familie zu sorgen und flüchtete in seine Leiden. Drei Jahre arbeitete er nicht, bekam Arbeitslosenunterstützung und wurde von seiner Verwandtschaft unterstützt. In der folgenden Zeit wechselte der Pat. häufig seinen Arbeitsplatz. Obwohl er nur einen Lastwagen fuhr, klagte er über zu schwere Arbeit. Als er nachlässig und fahrig wurde, die Überladung eines Autos duldete und schuldhaft einen Unfall herbeiführte, wurde ihm von der Polizei der Führerschein für ein halbes Jahr entzogen. In der folgenden Zeit verrichtete er entweder Saisonarbeit oder er erhielt Arbeitslosenunterstützung. Als er wieder eine Stelle als Lastwagenfahrer inne hatte, in der es nach seinen

Angaben nie ohne Ärger und "Rabbatz" abging, traten erstmalig Blutspuren auf dem Stuhl auf. In der folgenden Zeit entwickelte sich das Bild einer Colitis ulcerosa, wobei blande Phasen mit toxisch-septischen Bildern wechselten. Es bestanden erhebliche depressive Verstimmungen; den behandelnden Ärzten fiel das verschlossene Wesen des Pat. auf. Nach entsprechender Vorbereitung wurde dann die Hemikolektomie links ausgeführt und ein Rektumstumpf belassen, in dessen Bereich es zur Ausbildung von Fisteln kam. Seit der Operation blieb der Pat. ohne Arbeit. Bei gutem Wetter geht er seinem Hobby, dem Photographieren nach, er macht gern Wildaufnahmen und streift oft stundenlang durch den Wald. Die Filme werden von ihm selbst entwickelt und vergrößert. Er fühlt sich im Ganzen seit der Operation sehr schwach, obwohl er körperlich in einem guten Zustand ist. Wenn er zu kleinen häuslichen Arbeiten aufgefordert wird, bekommt er Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe. Libido und Potenz haben angeblich stark nachgelassen. Der Pat. hat nur noch sehr selten Geschlechtsverkehr. Herr Sch. kann alles essen und auch Bier und Bohnenkaffee trinken; wenn er jedoch Schnaps trinkt, hat er sofort heftigen Durchfall. Sehr quälend ist für ihn ein heftiger Juckreiz und ein Gefühl der Trockenheit an Nase und Fingern, sowie starkes Schwitzen, das nach der Operation auftrat. Außerdem trat bei ihm wie er sagt "merkwürdiges Gefühl" auf, das meist zuerst im Bereich des Os ileum beginnt und in unbestimmter Weise auch im Bereich der Zähne, der Schultergelenke und der Arme erscheinen kann. Die Merkfähigkeit hat bei Herrn

Sch. angeblich sehr stark nachgelassen; außerdem klagt er darüber, daß die Gedanken oft ganz plötzlich weg seien, daß er beim Lesen oft stocken müsse oder beim Vorlesen bzw. Erzählen ohne seinen Willen plötzlich von ihm an Stelle der beabsichtigten Worte ganz andere gesprochen werden, die dann keinen Sinn mehr ergeben.

Intern:

Wir sahen einen 40jährigen Pat. von leptosomem Habitus, E.Z. und A.Z. gut, Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet, kein Ikterus, keine Ödeme, keine Cyanose, keine Varizen, keine Exantheme. An Armen, Schultern und Brust fanden wir Kratzspuren. Pupillen mittelweit, seitengleich, rund, reagierten auf Licht und Konvergenz; Gebiß saniert, Zunge feucht, nicht belegt, Rachen reizlos; keine Struma, keine Lymphome, Thorax seitengleich beatmet; Pulmo auskultatorisch und perkutorisch o.B., Cor nicht vergrößert, Aktion regelmäßig, Herztöne rein, RR 130/80, Puls 64/Min.; Abdomen weich, keine pathologischen Resistenzen, kein Druckschmerz, Leber unter rechtem Rippenbogen, Milz nicht tastbar, Nierenlager beiderseits frei; 2 QF über dem Nabel Anus praeter in reizloser Umgebung; Genitäle äußerlich o.B., Extremitäten o.B., keine Bewegungseinschränkung, keine Muskelatrophien.

Neurologisch:

Wir fanden ein seitengleiches Reflexverhalten, wobei die Reflexe an den unteren Extremitäten kaum auslösbar waren; pathologische Reflexe wurden nicht gefunden; die Funktion des Nervus olfaktorius schien jedoch eingeschränkt zu sein, was mit den anamnestischen Angaben des Pat. übereinstimmte. Es bestanden keine Paraesthesien

oder Störungen der Koordination auch Dyskinesien bestanden nicht. Beim Lesen fiel auf, daß der Pat. ungewohnte Worte oft völlig falsch und verstümmelt aussprach.

Elektroencephalographische Untersuchung:

Leicht frequenzlabiler, vorwiegend rascher alpha-Rhythmus mit Amplituden bis zu 100 mikroV. Über zentralen Punkten häufiger periodenförmige delta-Wellen von 5-7 sec finden sich insgesamt mäßig diffus über vorderen Hirnabschnitten. Bereits vor Beginn der Hyperventilation finden sich links temporo-parietal betont gruppenförmige Unregelmäßigkeiten und Verlangsamungen mit einzelnen steileren Wellen. Unter Hyperventilation Zunahme der Veränderungen mit Beobachtung biphasischer steiler Wellen überä links temporal. Schluß der Hyperventilation nach 5 Minuten.

Beurteilung: Grund-EEG im Normbereich. Diskreter links temporaler Herdbefund mit biphasischen steilen Wellen, wie oben beschrieben.

Röntgenuntersuchung des Schädels:

Nur geringfügige Kalottenasymmetrie. Sonst bis auf etwas betonte Bregmavenzeichnung an der Kalotte keine Besonderheiten. Lagegerechter Falx- und Epiphysenkalkschatten. Relativ flacher Sellaboden mit gering asymmetrischem Dorsum sellae. Sonst Sellaregion und übrige Basis sowie cerv.-occ.-Übergang o.B. NNH. frei. In den Bereich der rechten Wangenregion projiziert sich auf der a.-p.-Aufnahme ein gut erbsgroßer, rundlicher, metalledichter Schatten, der auf der seitlichen Aufnahme, auf der die tieferen Gesichtsregionen dargestellt sind, nicht nachweisbar ist. Beurteilung: Bis auf die erwähnten Auffälligkeiten am Schädel kein nachweisbar pathologischer Befund. Der

auf der a.-p.-Aufnahme beschriebene metall-dichte Schatten ist zu registrieren, eventuell Abklärung durch erneute seitliche Aufnahme mit Darstellung des gesamten Gesichtsschädels. Wir sahen bei der Untersuchung einen etwas ungepflegten Mann, bei schlaffer Haltung träger Bewegungsablauf, leise Stimme, spärliche Mimik und Gestik. Herr Sch. wirkte schwunglos, etwas ängstlich und schwerbesinnlich. Als Herr Sch. erzählte, daß er jetzt einen Antrag auf Rente gestellt habe, schien er von seiner Situation nicht bedrückt zu sein.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Der zur Zeit der Untersuchung 40jährige Mann, bei dem es sich um einen kontaktarmen, passiven wenig intelligenten Menschen mit starker Fixierung an die Mutter und die übrigen Verwandten handelt, zeigte schon während und nach der Schulzeit Kontaktarmut, geringes Selbstwertgefühl und eine sehr starke Bindung an das Elternhaus, er hatte nie einen Freund und nahm eine Stelle an, die es ihm erlaubte im Elternhaus zu wohnen. Das Verhältnis zu den Eltern war nie getrübt. 1942, im Alter von 17 Jahren wurde er zur Wehrmacht eingezogen und kam als Soldat des Afrika-Corps, 1944 in englische Gefangenschaft, aus welcher er 1948 nach Hause entlassen wurde. Zwei Jahre später heiratete er. Seine Frau arbeitete zunächst noch mit, gab es aber, dem Wunsche des Pat. folgend, der seine Frau lieber zu Hause haben wollte, auf. Herr Sch. entwickelte bereits im ersten Ehejahr bunte Symptombilder von Seiten des Herzens und des Kreislaufes, wobei die Symptome hypochondrisch beobachtet und psychogen verstärkt wurden. Er wurde krank geschrieben und nahm erst drei Jahre später wieder eine Arbeit an. Herr Sch. wechselte sehr

häufig aus kleinen Anlässen den Arbeitsplatz und war zwischenzeitlich häufig krank geschrieben oder bezog Arbeitslosenunterstützung. Er arbeitete als Holzfäller, an der 'Straße, als Lastwagenfahrer bei verschiedenen Firmen und bei einer Ziegelei. Wegen eines schuldhaft verursachten Autounfalles entzieht ihm die Polizei den Führerschein. Als er an einem Arbeitsplatz viel Aufregung, Anstrengungen und Ärger hatte, traten erstmalig Blutspuren auf dem normal geformten Stuhl auf. Im Laufe von Wochen wurden die Stühle dünner und zahlreicher; der Pat. wurde zunehmend schwächer. Mit colitischen Schüben traten Temperaturen und erhebliche depressive Verstimmungen auf. Etwa nach einem einjährigen Krankheitsverlauf kam es während einer Exacerbation zu einer Klinik-einweisung. Es wurde eine Colitis ulcerosa im Bereich von Rektum, Sigma, Descendens und Transversum diagnostiziert. Es fiel das verschlossene Wesen des Pat. auf. Nach entsprechender Behandlung wurde Herr Sch. in gutem Zustand nach Hause entlassen. Zwischenzeitlich wurden immer wieder geringe Blutspuren auf dem Stuhl gesehen. Auch Schwindelanfälle traten erneut auf, sodaß der Pat. die Arbeit als Lastwagenfahrer aufgeben mußte. Nach einem grippalen Infekt kam es plötzlich zu septischen Temperaturen und bis zu 28 Stühlen, die wässerig und blutig waren, pro Tag. Neben dem Bild einer septischen Colitis ulcerosa sah man oberflächliche Ulcerationen an der Mundschleimhaut. Nach entsprechender Vorbereitung wurde die typische linksseitige Kolektomie durchgeführt und ein kurzer Rektumstumpf belassen, der mit Peritoneum gedeckt wurde. Oberhalb des

Nabels wurde ein endständiger Anus praeter transversus angelegt. 14 Tage nach der Operation, von der sich der Pat. sehr gut erholte, sah man im verbliebenen Rektumstumpf keine Ulcerationen mehr. Später bildeten sich jedoch ein periproktitischer Abszess und eine komplette intraspinktere Analfistel aus, die chirurgischer Therapie bedurften. Im Rektum fand sich wieder der Befund einer chronischen ulcerösen Colitis. Depressionen traten nach der Operation nicht mehr auf. Nach der Operation entwickelte der Pat. einen asthenischen Versagenszustand. Bei kleinsten Anstrengungen bekam er Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe; er hatte Schweißausbrüche oder Schwindelgefühl. Potenz und Libido hatten stark nachgelassen, sodaß es kaum noch zum Geschlechtsverkehr kam. Der Pat. klagte über merkwürdige Gefühlssensationen, die im ganzen Körper umherzogen und die er nicht beschreiben konnte. Herr Sch. berichtete, daß in letzter Zeit seine Gedanken plötzlich wegblieben oder daß er beim Lesen plötzlich die Worte nicht mehr richtig erkenne und völlig falsch ausspreche. Damit im Zusammenhang ist vielleicht ein diskreter links-temporaler Herdbefund mit biphasischen steilen Wellen im EEG zu nennen und geringe Asymmetrien im Bereich des Schädels, sowie ein metallharter Schatten, der sich auf dem a.-p.-Bild in den Bereich der rechten Wangenregion projizierte. Der Pat. arbeitet nicht, er hat einen Antrag auf Gewährung einer Rente gestellt. Er widmet sich seiner Familie und seinem Hobby, dem Photographieren.

7. Fall:

W.S., 30 J., led., Rentner

Diagnose: Colitis ulcerosa

Therapie: Totale Kolektomie, terminale

Ileostomie

A n a m n e s e:

Familienanamnese: Großvater Magen-Ca., Mutter Asthma bronchiale, Vater und Bruder angeblich nie ernstlich krank gewesen. In der Familie kein Anhalt für Nerven- oder Geisteskrankheiten und Endokrinopathien.

Eigenanamnese: Als Kind Masern.

Zum Lebenslauf: Im Jahre 1933 wurde Herr S. in einem kleinen hessischen Dorf geboren. Er hat einen 2 Jahre älteren Bruder. Sein Vater ist Maurer, die Mutter Hausfrau. Im Hause wohnte außerdem noch eine Großmutter, an der der Pat. sehr hing. Er durchlebte eine normale Kindheitsentwicklung im elterlichen Hause. Mit 6 Jahren wurde er eingeschult. Der Pat. war während der 8 Volksschuljahre ein sehr guter Schüler mit sehr guten Betragens- und Ordnungsnoten. Lieblingsfächer waren: Lesen und Rechnen. Das Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern war gut. In der Klassengemeinschaft war er ein gut gelittener Mitläufer. Nach der Schulentlassung im Jahre 1948 ging er dann zur Aufbauschule in eine nahe gelegene Kleinstadt. Nach zwei glatt durchlaufenen Schuljahren verließ er die Schule, um eine Maurerlehre zu beginnen, die er - 20jährig - im Jahre 1953 mit der Gesellenprüfung beendete. Dies tat er mit dem Ziel nun als Maurer Geld für den Besuch einer Architektenschule zu verdienen. Herr S.

arbeitete 2 Jahre als Maurer. Er mußte weit zur Arbeit anfahren, sodaß er einen 13-Stunden-Tag hatte. Im Sommer 1956 starb die Großmutter des Pat. Im Herbst des gleichen Jahres begann die Colitis ulcerosa, nachdem kurz zuvor Bronchialasthma aufgetreten war. Häufige Klinikaufenthalte folgten, zwischen denen anfänglich noch gearbeitet wurde. Im Jahre 1959 wurde ein Rentenverfahren eingeleitet. Nach der Kolektomie im Jahre 1960 war der Pat. als ehrenamtlicher Gemeinderechner tätig, nachdem er zwischenzeitlich als Sägeschärfer in einem Holzverarbeitenden Betrieb tätig war.

Internistische Anamnese:

Im November 1956 trat bei dem Pat. Asthma bronchiale auf, weswegen er sich 5 Wochen in Bad Soden Allendorf einer Kur unterzog. Zuvor wechselten die asthmatischen Beschwerden mit plötzlich auftretenden Durchfällen ab, die als blutig und schleimig geschildert wurden. Es erfolgten bis zu 24 Stuhlentleerungen pro Tag. Der Pat. verspürte lediglich geringe Schmerzen im Unterbauch. Der Hausarzt behandelte mit Tannalbin. Da keine Besserung des Befundes erfolgte, kam der Pat. im Januar 1957 in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg zur Aufnahme. Man sah dort einen 25jährigen Pat. in gutem E.Z. und A.Z., Hyperhidrosis, leichte, diffuse Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomen, unterer Leberrand 2 QF unter Rippenbogen, gesteigerte Reflexerregbarkeit. Bei der rektalen Untersuchung wurde ein erhöhter Sphinktertonus festgestellt, keine inneren oder äußeren Hämorrhoiden, Prostata ohne path. Befund. Die Rektoskopie zeigte 20cm tief etwas vermehrte Gefäßzeichnung, bei 15 cm wurden Kontaktblutungen gefunden, keine Ulcera.

Röntgenologisch sah man normale Magen-, Duodenum- und Colonschleimhautverhältnisse. Bei normaler Haustrierung erschien das Colon etwas eng gestellt. BSG 2/6, normales Elektrophoresebild, Blutbild und Urin unauffällig, Bilirubin an der oberen Grenze der Norm, Im Stuhl wurde einmal okkultes Blut nachgewiesen, die Nahrungsausnutzung bei Schmidt'scher Probekost zeigte normale Verhältnisse. Es wurde eine Anacidität des Magensaftes festgestellt, nach Imidogaben nur schwache Salzsäurebildung von 4/18. Bemerkenswerterweise wurden während der 14tägigen Beobachtung nie Durchfälle gesehen. Es wurde eine Salzsäuredauersubstitution mit tägl. 2 mal 15 Tropfen 2 1/2% Säure auf ein Glas Wasser empfohlen und der Pat. nach Hause entlassen.

Im Herbst 1957 traten erneut Durchfälle auf, die von einem Internisten mit fett- und fleischarmer Diät und Ersatz der Darmflora angegangen wurden. Die Durchfälle verschwanden. Sie hatten etwa 8 Wochen gedauert.

Anfang März 1958 traten dann die Durchfälle wieder auf, 6 - 12 Stühle pro Tag, die wässrig, schleimig, blutig und schaumig waren, dabei faulig rochen. Der Pat. war bei der Aufnahme in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg in schlechtem E.Z. und A.Z., blaß, Akrocyanose, weißlich belegte Zunge, süßlicher Foetor ex ore, magere, schlecht entspannte Bauchdecke, Leber 1 QF in der MCL tastbar, Epigastrium druckempfindlich, Nierenlager rechts klopfempfindlich, angedeutete äußere Hämorrhoiden. Es wurde in der stationären Behandlung Enzynorm, Resulfon und Klysmen mit acid. tannic. gegeben, außerdem Bananen-, Apfel- und Heidelbeertage durchgeführt. Die Befunde veränderten sich daraufhin nicht; es trat zudem eine Furunkulose an beiden Beinen auf,

die sich zur Staphylodermie entwickelte. Sie wurde mit Eurycinum per os, später mit Selctomycin und lokal mit Kaliumpermanganatbädern sowie Paraxinsalbe behandelt. Da die Diarrhoen weiter bestanden, gab man nun Azulfidine hoch dosiert, verbunden mit Diättagen und Wunschkost. Nun ging die Sanguinolenz der durchfälligen Stühle zurück. Die BSG, die anfänglich wesentlich erhöht gefunden worden war, sank auf 13/38. Die Ulcerationen der Haut schlossen sich weitgehend. Die Stühle normalisierten sich bis auf 2 Entleerungen pro Tag. Farbe und Konsistenz waren normal. Hin und wieder hatte der Pat. geringe Leibschermerzen. Nach 5 1/2 Monaten stationärer Behandlung wurde Herr S. nach Hause entlassen. Das psychische Moment wurde erstmals mit der Feststellung angesprochen, daß man Herrn S. vorwiegend aus therapeutischen Gründen entlasse, wegen des notwendigen Milieuwechsels nach der langen Klinikbehandlung. Während der oben skizzierten stationären Behandlung wurde die Diagnose Colitis ulcerosa erstmalig eindeutig gestellt, nachdem zuvor von gastrogenen Diarrhoen bei Anacidität gesprochen worden war. Vom 8.12. bis 12.12 1958 wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt. Herr S. befand sich in gutem A.Z., sein Körpergewicht war von 52,6 kg auf 66 kg angestiegen. Es wurde ein normales Blutbild und eine mit 2/5 normale BSG gefunden; in den Stühlen kein Blut oder Schleim, kulturell nur normale Darmskeime. Es bestand eine ausgeprägte Hypacidität. Bis zum 10.1.1959 ging es dem Pat. dann weiter gut. Er hatte täglich 2 mal Stuhlgang von

normaler Konsistenz und Farbe, es traten lediglich hin und wieder Leibschmerzen auf. Am 10.1.1959 bekam der Pat. eine Vorladung zum Vertrauensarzt. Herr S. kannte ihn von einer früheren Untersuchung her. Er hatte angeblich Angst vor ihm, da er ihn als einen ihm gegenüber "ruppigen Mann" kannte, der seine Beschwerden nicht so tragisch genommen hatte. Der Pat. fürchtete wieder arbeitsfähig geschrieben zu werden; er war ja bis zu diesem Zeitpunkt nur spazierengegangen, hatte viel gelesen und zeitweise beim Vater leichte Arbeit verrichtet, was ihn jedoch sehr angestrengt hatte. Er fühlte sich nach seinen Angaben noch nicht kräftig genug, wieder in seinem schweren Beruf als Maurer zu arbeiten; er wollte andererseits auch keine Rente beziehen, da er ja den Vorsatz hatte, sobald als möglich seine alte Arbeit wieder aufzunehmen. Als Herr S. die Vorladung bekam, traten schlagartig wieder schleimige, wässrige und dann auch blutige Durchfälle auf. In schlechtem E.Z. und A.Z. kam der Pat. wieder in die Medizinische Univ.-Klinik Marburg zur Aufnahme. Klinisches Bild und Therapie entsprachen den Daten, die oben über die Zeit vom 20.3. - 6.9. 1958 genannt wurden. Die Untersuchung ergab wieder das Bild einer Colitis ulcerosa. Eine ihm empfohlene chirurgische Therapie lehnte der Pat. ab. Er war der Meinung, daß seine Erkrankung zu Hause besser ausheile als im Klinikmilieu. Nach dreimonatigem Aufenthalt wurde er in gebessertem Zustand, auf eigenen Wunsch, nach Hause entlassen. Ergänzend muß noch gesagt werden, daß während der stationären Behandlung eine Monarthritis des rechten

Kniegelenkes auftrat; im keimfreien Punktat fanden sich massenhaft segmentkernige Leukozyten, behandelt wurde mit intraartikulären Injektionen von Ultracorten. Außerdem trat eine Konjunktivitis des linken Auges auf. In der folgenden Zeit wurde ein Rentenverfahren eingeleitet.

Chirurgische Anamnese:

Nach einer Begutachtung wurde zunächst die Tonsillektomie durchgeführt. Später wurde der Pat. von der Medizinischen Univ.-Klinik Marburg an die Chirurgische Univ.-Klinik Hamburg überwiesen. Dort sah man bei der Aufnahme einen hochgradig abgemagerten (38 kg) Pat. in schlechtem A.Z., exsikiert. Schon bei vorsichtiger Palpation des Abdomens bestand eine ganz erhebliche Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Colon transversum und descendens. Der Pat. hatte etwa 15 Stuhlentleerungen pro Tag. Der Stuhl war wässrig, schleimig und blutig. Laborwerte: Hb. 55%, 3,2 Mill Ery., 4200 Leuko. bei normalem Differentialblutbild, BSG 60/85. Elektrophorese: Gesamteiweiß 4,6g%, Albumin 41,7 g%, α_1 10,38%, α_2 16,81%, β 12,26% γ 18,83%.

Herr S. wurde mit Bluttransfusionen zur Operation vorbereitet, worauf er zunächst mit Fieber Schüttelfrost und Urtikaria reagierte, weshalb Kalzium und Cortison gegeben wurden. worauf es zur Besserung kam. Am 9.5.1960 wurde dann eine totale Kolektomie durchgeführt und ein Ileumafter angelegt. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Pat. wurde ein etwa 4 cm langer Rektumstumpf belassen. Herr S. erholte sich nach der Operation sehr gut. Der Ileumafter funktionierte seit dem 2.Tag p.o. gut. Der Pat. wurde zunächst parenteral ernährt. Danach

bekam er eine eiweißreiche Kost und zur schnelleren Erholung im Abstand von 4 Tagen Humanserum und Plasmainfusionen. Innerhalb eines Monats nahm der Pat. 9,6 kg zu und fühlte sich physisch und psychisch wesentlich besser als vor der Operation. Am 9.7. 1960 wurde er mit folgendem Befund nach Hause entlassen:

26jähriger Pat. in dystrophischem Zustand, 172 cm/39,1 kg, Haut und sichtbare Schleimhäute blaß, Anus praeter rechtsseitig mit oberflächlichen Hautdefekten in einem Umfang von 10cm um den künstlichen Darmausgang. Gerötete Druckstellen am Rücken, über beide Schulterblätter und der Glutäalmuskulatur. Hb. 14,0g%, Ery. 4,2 Mill., Leuko. 9100, Diff. Blutbild unauffällig, BSG 66/85, 20/40, 27/40. Elektrophorese: Quotient 0,9, geringe Hypalbuminämie, Gesamtweiß 6,5%, Bilirubin unter 0,5mg%. Bromthaleintest 0%, Alk. Phosphatase 5,9 KAE, Cholesterin 151 mg%, Diastase 95 E. Urinsediment: vereinzelt Erythrozyten, Leukozyten! Rest-N unter 30 mg%.

Während der folgenden 2 1/2 Jahre erholte sich der Pat. erstaunlich gut, sodaß er zwischenzeitlich eine Halbtagsbeschäftigung als Sägenschräfer ausführen konnte. Allerdings hatte sich im Bereich der sakralen Wundhöhle ein ausgedehntes Fistelsystem gebildet, aus dem sich ein purulentes, zeitweise blutig tingiertes Sekret entleerte. Wegen der Fistelbildung kam der Pat. im Juli 1963 in der Chirurgischen Univ.-Klinik zur Aufnahme. Herr S. befand sich in gutem A.Z.. Pathologica: Verminderung der Albumine auf 52,5 rel% auf Kosten der Globuline (21,8rel%)

Im Bereich der Anal-Dammregion fand sich eine schmerzhaft, gut handflächengroße Infiltration mit umgebender Rötung und multiplen Fistelbildungen, aus denen sich auf Druck reichlich purulentes Sekret entleerte. Röntgenologisch war ein längerer Fistelgang nach kranial bis in die Kreuzbeinhöhle zu verfolgen. Es wurde eine tägliche Sitzbadbehandlung und Spülungen mit Reverinlösungen durchgeführt, wodurch eine wesentliche Besserung des Lokalbefundes erreicht werden konnte. Die bis in die Kreuzbeinhöhle verlaufende Fistel konnte unter der Behandlung nicht zur Ausheilung gebracht werden, weshalb eine Vorstellung zur chirurgischen Behandlung in Hamburg-Eppendorf empfohlen wurde. Im Frühjahr 1965 kam der Pat. dann in die oben genannte Klinik zur Aufnahme, wo man bei Herrn S. das ausgedehnte Fistelsystem, das vom Rektumstumpf ausging, im ganzen freilegte und mit dem Rektumstumpf exzidierte. In gutem Zustand wurde Herr S. nach Hause entlassen.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei dem Pat. um einen ruhigen, wenig aktiven, gemütvollen, heiteren, fast pedantischen Menschen, der sehr eltern-bzw. familiengebunden ist. Dem entspricht, daß er ein sehr guter Schüler und bei Lehrern und Mitschülern beliebt war. Er bezeichnet sich selbst als Mitläufer. Im Hinblick auf zwischenmenschliche Beziehungen ist er infantil und kontaktschwach und zeigt deutlich psychosexuelle Retardierung. Psychiatrisch:

Der Pat. gab an, daß er vor der Operation während der Colitisschübe immer sehr niedergedrückt gewesen sei. Nach der Operation habe er das nicht mehr bemerkt. Allerdings schildert Herr S.

Einschlafstörungen, nächtliches Erwachen, starke paroxysmal auftretende Cephalgien und eine ausgeprägte Wetterfühligkeit, sowie intermittierende Schmerzen in den Knien, die nach dem Eingriff aufgetreten seien. Im Längsschnitt ist bemerkenswert, daß bei dem Pat. das Asthma bronchiale in einer Zeit auftrat, als er sich zum erstenmal wirklich dem Lebenskampf stellen mußte. Nach der Schulzeit und Maurerlehre mußte er sich eine Stelle außerhalb des Heimatortes suchen. Vielleicht sollte man auch bemerken, daß in diese Zeit der Tod der Großmutter fiel, zu der er ein besonders herzliches Verhältnis hatte. Nach kurzer Zeit wurde dann das Asthma von der Colitis abgelöst, die rezidivierend auftrat, während ein Asthmaschub nie mehr erfolgte. Interessant ist die Vorgeschichte zum Colitis-Rezidiv im Januar 1959: Nach der Klinikentlassung im Jahre 1958 war es dem Pat. gut gegangen; 2 mal täglich Stuhlgang von normaler Konsistenz und Farbe, hin und wieder geringe Leibscherzen. Als er dann die Aufforderung bekam sich bei einem Vertrauensarzt vorzustellen, den er zudem von früheren Untersuchungen in schlechter Erinnerung hatte, setzten schlagartig die wässerig, schleimig und blutig geschilderten Durchfälle wieder ein. Während der Colitisschübe war Herr S. nach seinen eigenen Angaben immer sehr niedergedrückt. Nach der Operation kam es jedoch nicht mehr zu depressiven Verstimmungen; dafür traten Einschlafstörungen, nächtliches Erwachen, starke paroxysmale Cephalgien und eine ausgeprägte Wetterfühligkeit auf. Während der Jahre vom Ausbruch der Colitis bis zum Tage unserer Untersuchungen lebte der Pat. immer als Junggeselle im elterlichen Haus und verlor

nie die Situation des Kindes, da er immer in Abhängigkeit von den Eltern, besonders der Mutter, stand, von der er während seiner Krankheit betreut wurde. Da der Pat. eine Rente bekam, konnte er auch nach der Operation in der gleichen Situation weiterleben. In außerordentlich pedantischer Weise übte er - ehrenamtlich, wie er betonte - das Amt des Gemeinderechners aus.

Psychische Verstimmungen wurden in dieser Zeit nicht mehr geschildert, außer ganz kurz andauernde Angstzustände, die nachts zusammen mit Schmerzen in beiden Knien auftraten. Beides verschwand nach Angaben von Herrn S. wenn er aufstand und ein wenig im Zimmer hin und her ging. Trotz seines nach der Operation guten Kräftezustandes hat der Pat. keine körperliche Arbeit mehr verrichten können. Leichte Hilfsarbeiten bei dem Vater haben ihn "zu sehr angestrengt". Das Abhängigkeitsgefühl zur Mutter verstärkte sich.

Intern:

30jähriger Pat. in gutem E.Z. und A.Z., Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, keine Cyanose, keine Ödeme, kein Ikterus, Zunge feucht nicht belegt, Pulmo und Cor auskultatorisch und perkutorisch o.B., Leber nicht vergrößert, Milz nicht tastbar, gut funktionierender Anus praeter in reizloser Umgebung, eitrig sezernierende Sakralfistel und Sekretion aus dem etwa 3 cm langen Enddarmstück, an beiden Unterschenkeln stark pigmentierte, atrophische Narben, das linke Kniegelenk war gerötet, warm, geschwollen und wenig druckschmerzhaft; eine sichere Fluktuation ließ sich nicht nachweisen-.

Psychiatrisch-Neurologisch:

Eine neuroradiologische und elektroencephalographische Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, da der Pat. nicht in die Klinik kommen konnte, und wir ihn deshalb zu Hause besuchen mußten. Bei der Durchuntersuchung ergaben sich bei seitengleichem, tragem Reflexverhalten keine Hinweise auf Veränderungen im Bereich des zentralen und peripheren Nervensystems.

Psychischer Eindruck:

Wir sahen bei der Untersuchung einen sauber und schlicht gekleideten Mann mit ordentlicher Haartracht. Als die Mutter uns zu dem Pat. führte, lag er in einer Wohnküche auf dem Sofa, von dem er nur zögernd mit langsamen Bewegungen aufstand. Seine Körperhaltung war schlaff, etwas gebeugt, der Gesichtsausdruck ruhig, fast stumpf. Bei spärlicher Mimik und Gestik und leiser Stimme war sein Benehmen situationsgemäß, die Sprechweise langsam und zögernd. Der Pat. wirkte ausgeglichen, stimmungsmäßig aber etwas ernst. Er erschien antriebsarm und schwunglos. Allen an ihn gestellten Fragen, denen er aufmerksam zuhörte, ließ er eine kleine Pause folgen, ehe er besonnen und etwas schwerfällig, in oft sorgfältig gewählten Worten, was häufig unbeholfen klang, antwortete. Oftmals wendete sich Herr S, ehe er antwortete an seine Mutter; man hatte dann den Eindruck eines hilfesuchenden Kindes. Während des Gespräches betonte er sein Interesse an seiner Krankheit und erklärte, daß es selbstverständlich sei, daß er zu unserer Verfügung stehe "allein schon aus dem Grunde, anderen Patienten vielleicht irgendwie helfen zu können" und unseren "wissenschaftlichen Arbeiten gedient zu haben". Seine Stellung im

Elternhaus und seine Krankheit mit ihren Folgen schien er nicht sonderlich zu bedauern. Die Tatsache unverheiratet zu sein kommentierte er mit den Worten: "Es geht auch so, und es fehlt mir nichts." Während der Unterhaltung stand der Pat. einmal auf und holte aus einem Schrank ein Bündel Zeugnisse, die er uns wortlos aber voller Stolz auf den Tisch legte. Sie waren alle "gut" oder "sehr gut".

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Der zur Zeit der Untersuchung 30jährige Pat., bei dem es sich um einen passiven, asthenischen, sensitiven Menschen handelt, der stark an die Mutter fixiert ist, psychosexuelle Retardierung zeigt und deutlich infantile und kontaktschwache Züge aufweist, erkrankte im Alter von 23 Jahren, als ihn sein Beruf aus dem Elternhaus führte an einem Asthma bronchiale. Wenige Wochen später sistierte das Asthma ganz und eine Colitis ulcerosa trat auf mit etwa 24 Stuhlentleerungen pro Tag. Es wechselten in den Jahren bis zur Operation heftige Colitisrezidive mit blanden Verläufen ab. Synchron mit den Colitisschüben wurden depressive Verstimmungen geschildert. Der Pat. steigerte sich in hypochondrischer, fast anankastischer Weise in der Selbstbeobachtung seines Krankheitsbildes. In der oben geschilderten Konfliktsituation, der Mutterbindung, bei der ausgeprägten Kontaktarmut zum anderen Geschlecht und dem geringen Selbstwertgefühl gelang weder allgemeine sozialpsychische Adaptation noch adäquate Einstellung zur Krankheit. Infolge seiner timiden und selbstunsicheren Art "genießt" er besonders die ihm durch seine Krankheit daheim zuteilwerdende vermehrte Beachtung und Mutterliebe und vermag sich nicht auf eigene Beine zu stellen.

Er dekompensiert z.B. sofort als ihm in der Gestalt des Vertrauensarztes die Wiederaufnahme der Arbeit droht. Da der körperliche Zustand immer schlechter wurde, erfolgte 1960, der Pat. war 27 Jahre alt, die totale Kolektomie, wobei wegen des schlechten Allgemeinzustandes ein 3 cm langer Rektumstumpf belassen wurde. Nach der Operation erholte sich der Pat. ausgezeichnet. Es entwickelte sich allerdings ein ausgedehntes sakrales Fistelsystem, das 5 Jahre später zu einer zweiten Operation zwang. Nach der Kolektomie kam es bei Herrn S. zu asthenischen Versagenszuständen, die es ihm nicht mehr erlauben seinen Beruf als Maurer auszuüben. Neben ausgeprägten Schwächegefühlen berichtete der Pat. von Einschlafstörungen, nächtlichem Erwachen, dabei kurz andauernden Angstzuständen und häufigen Kopfschmerzen bei ausgeprägter Wetterfühligkeit. Dem Renten Antrag, den der Pat. gestellt hatte wurde entsprochen. Von der Zeit ab versieht er ehrenamtlich das Amt des Gemeinderechners. Er ist offensichtlich sehr zufrieden im Elternhaus sein zu können und außerdem die Achtung der Umwelt zu haben.

8. Fall:

S.D., 61 J., verh., Rentner

Diagnose: Colitis ulcerosa et polyposa

Therapie: linksseitige Hemikolektomie

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater in hohem Alter an Altersschwäche gestorben; ; Mutter, eine Schwester und ein Bruder durch Kriegseinswirkungen verstorben; eine Schwester verstarb

an den Folgen eines Kehlkopfleidens; zwei Brüder und zwei Schwestern des Pat. sind gesund. In der Familie kein Anhalt für Nerven- oder Geisteskrankheiten, Autoimmunitäts-erkrankungen oder allergische Erkrankungen. Eigenanamnese: Außer harmlos verlaufenden Erkältungen und einigen Anginen ist Herr D. angeblich nie krank gewesen.

Zum Lebenslauf: Am 27.9.1902 wurde der Pat. als drittes Kind eines Bauern und dessen Ehefrau in einem kleinen Dorf in Oberschlesien geboren. Er hatte zwei ältere Schwestern, in späteren Jahren wurden noch drei Brüder und zwei Schwestern geboren. Der Vater war ein temperamentvoller, dabei sehr energischer und strenger Mann, die Mutter ausgeglichen, heiter, voller Fürsorge für die Kinder und der ruhende Pol der Familie. Bei der großen Kinderzahl hatte das einzelne Kind jedoch nicht viel von der Liebe der Eltern. Im Jahre 1908 kam der Pat. in die Volksschule. Die Jugend war "hart". Er wurde oft von der Schule beurlaubt, wenn er seinem Vater in der Landwirtschaft helfen mußte. Bereits 1915 erfolgte auf Drängen des Vaters, der den Sohn dringend als Arbeitskraft benötigte, die vorzeitige Schulentlassung. Daß er so gegen seinen Willen eine nur ungenügende Schulbildung bekam, hat Herr D. seinem Vater "bis heute noch nicht verziehen". Die folgenden 5 Jahre brachte der Pat. mit harter Arbeit auf dem väterlichen Hof zu. Von 1920 - 1923 besuchte er eine Landwirtschaftsschule. Im Jahre 1923 übernahm er den Bauernhof der Großeltern mütterlicherseits, den er selbstständig führte. 10 Jahre später, 1933, heiratete

er und verwaltete einen Hof von 120 Morgen, eine Gastwirtschaft und eine Brauerei, das Erbe seiner Ehefrau. Die Ehe blieb kinderlos. Von dort wurde er 1944 zur Wehrmacht eingezogen und kam nach kurzer Ausbildung an die Ostfront, wo er im Jahre 1945 in russische Gefangenschaft geriet. Er kam in ein Arbeitslager, wo er in Steinbrüchen hart arbeiten mußte. Mit seinen Mitgefangenen war er bei großer Kälte in provisorischen Baracken untergebracht und bekam wenig zu essen.

Zur internistischen und chirurgischen Anamnese: Im Jahre 1947 traten bei dem Patienten Durchfälle auf, die blutige Beimengungen zeigten. Er wurde in ein Lazarett eingewiesen, wo er dadurch behandelt wurde, daß er besseres Essen bekam und nicht arbeiten mußte. Als er nach einigen Wochen geheilt entlassen und der gleichen Arbeit wieder zugeteilt wurde, traten sofort wieder blutige, dünne Stühle auf. Erneute Aufnahme in ein Lazarett brachten schnelle Besserung, der das Rezidiv während des Arbeitsinsatzes folgte. Dieser Vorgang wiederholte sich viermal. Wegen seiner Krankheit wurde Herr D. dann im März 1947 mit einem Heimtransport nach Deutschland geschickt. Nach einer kurzen Untersuchung in Bebra wurde er in ein Lazarett in Bad Salzschlirf eingewiesen, von wo er nach einem halben Jahr geheilt entlassen wurde. Er nahm dann eine Stelle als Hausmeister in einem Ordenshaus an, daraufhin traten wieder blutige, durchfällige Stühle auf. Herr D. versuchte es so zu erklären: "Man war nur ein geduldeter Mensch, es war ein dauerndes Ärgernis". Während einer folgenden stationären Behandlung in Fulda wurde ein Geschwür im Mastdarm festgestellt. Sein Zustand besserte sich schnell,

sodaß er seine Arbeit als Hausverwalter wieder aufnahm. Im Frühjahr 1949 wurde eine erneute stationäre Behandlung wegen der gleichen Beschwerden erforderlich. Von Fulda erfolgte eine Überweisung in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg, wo die Diagnose Colitis ulcerosa gestellt wurde. Die stationäre Behandlung dauerte vom 1.9.49 - 21.1.1950. Während dieser Zeit wurde eine Coecalfistel angelegt und ein Ulcus duodeni festgestellt. Es wurden Darmspülungen mit Kamillentee durchgeführt und wegen einer Anämie Eisenpräparate gegeben. Weitere stationäre Behandlungen führten nur zur vorübergehenden Besserung. Im Frühjahr 1951 verschlimmerte sich das Leiden erheblich. Am 27.6.1951 erfolgte erneut die stationäre Aufnahme in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg. Dort wurde röntgenologisch ein etwa 15 cm langer stenosierender Prozess im Bereich des Sigma und Colon pelvium festgestellt, und dieser Darmabschnitt nach entsprechender Vorbereitung am 15.8.1951 nach Dixon reseziert, sowie ein Anus praeter transversus angelegt. Makroskopisch und mikroskopisch ergab das Operationspräparat den Befund einer Colitis ulcerosa. Nach glattem Heilungsverlauf wurde am 8.10.51 die Coecalfistel operativ verschlossen. Der Anus praeter wurde mit einer Pelotte versehen und der Pat. am 25.10.51 nach Hause entlassen. Eine am 3.10.51 durchgeführte Kontrollrektoskopie hatte gegenüber der Untersuchung am 19.6.51 eine deutliche Besserung gezeigt; es bestand aber immer noch eine Entzündung der Mastdarmschleimhaut mit samtartiger Schwellung und starker Rötung. Auf Veranlassung des Versorgungsamtes Fulda wurde Herr D. dann Ende Oktober 1951 begutachtet und ihm eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100% für die Dauer eines halben

Jahres zugebilligt. Am 4.8.1952 wurde der Pat. vom Hausarzt wegen Magenbeschwerden, Darmvorfall im Bereich des Anus praeter und Blut- und Schleimabgang aus dem natürlichen After in die Chirurgische Univ.-Klinik Marburg eingewiesen. Da die vorgenommenen Untersuchungen eine Behandlung nicht erfolversprechend erscheinen ließen, wurde Herr D. bereits am 15.8.1952 wieder in hausärztliche Behandlung entlassen. Zwei Monate später erfolgte in der oben genannten Klinik zum zweitenmal eine Begutachtung wegen der vom Pat. angestrebten KB-Rente. Herr D. klagte darüber, daß er seit 2 Monaten, vor allem bei Erkältungen, unter großen Schmerzen, manchmal stündlich, hellrotes Blut und Schleim entleeren müsse. Der Darm trete oft am Anus praeter heraus und schwellte so stark an, daß er die Pelotte nicht mehr aufsetzen könne. Das Zurückbringen des Darmes sei sehr schwierig und schmerzhaft. Weiter wurde über Schmerzen geklagt, die durch Einrisse um den Anus praeter bedingt waren und darüber, daß er sich immer noch sehr schwach fühle, schlechten Appetit habe und oft, besonders nach Diätfehlern, erbrechen müsse. Man sah einen 50jährigen Pat. in gutem A.Z., Pulmo und Cor o.B., RR mit 105/75 etwas hypoton, doppelläufiger Anus praeter des Quercolon dicht unterhalb des Nabels. Die Schleimhaut war etwas vorgewulstet, mäßig gerötet und ödematös. Beim Pressen wölbte sich die Schleimhaut, besonders im abführenden Schenkel, nahezu faustgroß vor. Die Haut in der Umgebung des Narbenringes, der einige Rhagaden aufwies, war stellenweise leicht entzündlich gerötet. Eine Rektoskopie zeigte eine zum Teil mit Schleim bedeckte, bis zu 10 cm entzündlich

geschwollene und stark gerötete Schleimhaut, die bei Berührung leicht blutete. Geschwüre waren nicht nachweisbar. Bei 10 cm fand sich ein unüberwindlicher Stop im Sinne einer Striktur. Ein vom Anus praeter aus durchgeführter Kontrasteinlauf zeigte keine größeren Schleimhautveränderungen im Bereich von Colon und Sigma. Eine wegen der Magenbeschwerden durchgeführte Magen-Darm-Breipassage ergab den Befund einer narbigen Pylorus- und Bulbusstenose, die das Kontrastmittel nur noch in Kleinfingerdicke durchtreten ließ. Der Verdacht auf einen Tumor wurde wegen der glatten Wandverhältnisse fallen gelassen. Laborwerte: BSG 11/30 mm n.W., Hb. 90%, Ery. 4,73 Mill., Leuko. 6800, Stabk. 3%, Segm. 54%, Eos. 4%, Lympho. 34%, Mono. 5%, Urin o.B. Auf Grund der obigen Befunde wurde Herrn D. erneut eine MdE von 100% zuerkannt. In der folgenden Zeit hatte der Pat. gelegentlich Blutabgänge aus dem aboralen Schenkel des Anus praeter und aus dem After. Die Beschwerden verstärkten sich bei kaltem Wetter. Zu diesen Beschwerden traten später noch Schmerzen im rechten Hüftgelenk und im rechten Bein auf. Am 20.6.1955 kam der Pat. dann wieder wegen seiner Colitis ulcerosa in der Chirurgischen Univ.-Klinik zur Aufnahme. Es war beabsichtigt, den erkrankten Colonabschnitt zu reseziieren und einen Dünndarmabschnitt dazwischen zuschalten. Während der Vorbereitungszeit zur Operation traten Schmerzen im Oberbauch und eine erneute Blutung auf. Eine am 8.7.55 durchgeführte Magen-Darm-Passage ließ ein großes penetrierendes Duodenalulcus an der Hinterwand erkennen, das als Blutungsquelle angesprochen werden mußte. Es wurde daher am 14.7.55 eine 2/3 -Resektion des Magens mit Anlegen einer retrokolischen

Anastomose nach Hofmeister-Finsterer durchgeführt. Es fand sich ein großes in das Pankreas penetrierendes Ulcus der Hinterwand; außerdem sah man eine prall gefüllte, steinhaltige Gallenblase. Da weder Koliken noch Ikterus vorausgegangen waren wurde von einer Cholecystektomie Abstand genommen, um den Eingriff nicht zu vergrößern. Unmittelbar nach der Operation trat dann ein hochgradiger Ikterus auf, der am 2. Tag eine erneute Laparotomie erforderlich machte. Es wurde eine Cholecystektomie ausgeführt und der Choledochus mit einer T-Drainage versorgt. Nach postoperativ komplikationslosem Heilungsverlauf wurde Herr D. am 16.9.55 nach Hause entlassen. Bemerkenswert ist, daß in dieser Zeit bei dem Pat. erstmalig Extrasystolen festgestellt wurden. In der Zeit nach der Operation vertrug der Pat. nur leichte neutrale Kost, die nicht zu sauer, nicht zu süß und nicht zu fett sein durfte. Wenn er die Diät einhielt bestanden von Seiten des Magens keine Beschwerden mehr. Beim Husten und Pressen ging blutiger Schleim aus dem After ab. Diese Beschwerden verstärkten sich, wenn er erkältet war. Geklagt wurde auch über häufige Tenesmen im Bereich des Enddarmes und darüber, daß bei kleinsten Anstrengungen Herzklopfen und Atemnot sowie Schweißausbrüche und ausgeprägtes Schwächegefühl auftraten. Während der Miktion entleerte sich immer gleichzeitig zum Teil blutiger Schleim aus dem After. Aus dem aboralen Teil des Anus praeter entleerte sich öfter Blut und Schleim, während aus dem oralen Teil täglich breiiger Stuhl ohne Blut- und Schleimbeimengungen abgingen. Bei Bewegung bestanden Schmerzen im linken Schultergelenk, in der Kreuzbeinregion und der Gesäß-

muskulatur, die manchmal in die Beine, besonders in die rechte Wade ausstrahlten. Zur fachärztlichen Begutachtung kam der Pat. dann Anfang des Jahres 1956 wieder in die Chirurgische Univ.-Klinik zur Aufnahme. Dort sah man einen 53jährigen Pat. in ausreichendem E.Z. und reduziertem A.Z., keine Ödeme, kein Ikterus, keine Drüenschwellungen, keine Schleimhäute. Es bestand eine absolute Arrhythmie bei einem RR von 130/85. AT etwas betont. 11 cm lange reizlose Narbe rechts pararektal. Hepar in MCL 2 QF unterhalb des Rippenbogens mit derbem Rand tastbar. Milz nicht tastbar, kein Druckschmerz im Abdomen. Dicht unterhalb des Nabels fand sich in der Medianlinie ein doppelläufiger Anus praeter, dessen oraler Schenkel normale Schleimhaut zeigte, während man auf der Schleimhaut des aboralen Schenkels multiple reiskorngroße, polypöse Schleimhautrehebungen sah. Der orale Anteil zeigte Neigung zum Vorfallen, wobei der Prolaps manchmal bis gänseeigroß war. Der Anus praeter war mit einer gut sitzenden Pelotte versorgt.

BSG 17/47, Hb. 80%, Ery. 3,59 Mill., Leuko. 5900, davon 1% stab., 55% segm., 1% Eos., 39% Lympho., 4% Mono., Rest-N 43,4mg%, Alkaliereserve 42,1% CO₂, Kochsalz im Serum 591 mg%, Bilirubin 0,7 mg%, Takata 60. Im Urin: Eiweiß opal., Zucker negativ, Reaktion sauer. Im Schleudersatz Bakterien 2 mal positiv, wenig Leukozyten. Bei der digitalen rektalen Untersuchung fand sich ein stark eingeengtes Rektum, das gerade für einen Zeigefinger eingängig war. Bei 9 cm hatte sich eine ausgeprägte Striktur entwickelt, die nur für die Fingerkuppe eingängig war. Die Rektoskopie konnte wegen

starker Schmerzen nur in Narkose durchgeführt werden. Die Schleimhaut des stark verengten Rektums zeigte hochrote Farbe und blutete bei der geringsten Berührung, sodaß nähere Einzelheiten nicht ausgemacht werden konnten. Bei 9 cm fand sich die oben beschriebene Striktur; nach Entfernung des Rektoskopes kam es zur Entleerung von blutigem Schleim. Bei einer Magendurchleuchtung ergab sich außer einer beschleunigten Magenentleerung kein path. Befund. Ein durch den Anus praeter durchgeführter Kontrasteinlauf der oralen Schlinge ergab außer einem geringgradig irritierten Schleimhautrelief regelrechte Wandverhältnisse, insbesondere keinen Anhalt für Polyposis oder Stenosen ein entsprechender Kontrasteinlauf in den aboralen Schenkel des Anus Praeter zeigt, daß der Dickdarm bis auf Kleinfinger- bis Bleistift-dicke verengt war und überall stark unregelmäßige Konturen hatte. Bemerkenswert ist es, daß zu dieser Zeit erstmalig die anamnestische Angabe gemacht wurde, daß die Colitis wohl auf dem Boden einer im Jahre 1946 in Rußland "mit großer Wahrscheinlichkeit durchgemachten" Bazillenruhr entstanden sei! Es wurde die Meinung vertreten, daß durch die bei der Colitis ulcerosa immer bestehenden Störungen des Elektrolythaushaltes und die dauernde Resorption toxischer Zerfallsprodukte der Myokardschaden und der allgemeine Schwächezustand und durch die dauernde Irritation des Vagus das Magengeschwür entstanden sei und man riet dem Pat. aus diesen Überlegungen und weil die chronische ulceröse Colitis eine carcinoma-töse Entartung befürchten lassen mußte zur operativen Entfernung der befallenen Darmabschnitte. Es wurde dem Pat. erneut eine MdE von 100% zugesprochen. Herr D. willigte in

die Operation ein. Während der präoperativen Vorbereitung verzeichnete man folgende Befunde: Supraventrikuläre Extrasystolen, z.T. mit abwegiger Kammererregung, auch nach Belastung kein Verschwinden der Extrasystolie. Elektrophorese: Albumine 38,0%, α_1 -Globulin 6,7%, α_2 -Globulin 11,6%, beta-Globulin 16,2%, gamma-Globulin 27,5%, Blutelektrolyte: Kalium 23 mg%, Natrium 236 mg%, Chlor 364 mg%, NaCl 599 mg%.

Am 11.6.1956 wurde die Operation ausgeführt; dabei wurde der gesamte Dickdarm bis zur alten Anus praeter-stelle und 15 cm proximal von dem Kunstafter extirpiert und ein neuer Anus praeter an der rechten Colonflexur angelegt. Der Eingriff wurde gut überstanden und die sakrale Wunde verheilte störungsfrei. Der neue Anus praeter funktionierte einwandfrei. Die histologische Untersuchung des Operationspräparates ergab das Bild einer chronischen, ulcerösen und polypösen Colitis. Eine ätiologische Diagnose war auf Grund des histologischen Befundes nicht möglich. Der Pat. wurde am 17.7.56 bei relativ gutem Befinden in die hausärztliche Weiterbehandlung entlassen.

Zur Primärpersönlichkeit:

Nach der Eigenschilderung handelt es sich bei dem Pat. um einen geselligen, lustigen, ausgeglichenen und, wie er sagt, "selbstsicheren" Menschen. Er war immer mehr der Typ eines Mitläufers, erfüllte aber ihm gestellte Aufgaben zuverlässig. Er sagt von sich, daß er ein "Luftikus" gewesen sei, daß er immer durch "dick und dünn" ging, daß er oft stark den Wunsch fühlte, sich gegen seinen Vater durchzusetzen, "wenn ich etwas ausfressen konnte, war mir wohler"; dann wieder sank er

sofort in seine wohl durch geringes Selbstwertgefühl bedingte Situation zurück, "was ich nicht ändern kann, das lasse ich". Das Verhältnis zu Geschwistern und Mitschülern war angeblich normal. Die schulischen Leistungen waren schlecht, weil der Pat. sehr oft nicht den Unterricht besuchen konnte, da er vom Vater zu Arbeiten in der Landwirtschaft gebraucht wurde. Da er aber sehr gern eine schulische Ausbildung gehabt hätte, entwickelte sich gegenüber dem Vater eine ablehnende Haltung - "dies ist ein Punkt, den ich meinem Vater bis heute nicht vergessen habe", - die die Bindung zur Mutter nur noch verstärkte.

Psychiatrisch:

Depressive Verstimmungen hat der Pat. nie gekannt, er war immer sehr leistungsfähig. Als Soldat an der Ostfront kam er in russische Gefangenschaft. Während der Pat. bei starker Kälte, schlechtester Ernährung und Unterbringung in Notbaracken härteste Arbeit verrichten mußte, bekam er erstmalig durchfällige, blutige Stühle. Als er in ein Lazarett kam, wo er lediglich besser ernährt wurde, aber keine Medikamente bekam, besserte sich sein Zustand schnell. Er wurde geheilt entlassen. Er kam wieder zu seinem Arbeitskommando, dort traten die Beschwerden sofort wieder auf. Der erneuten Lazaretteinweisung folgte die Besserung und dem Arbeitseinsatz wieder das Auftreten durchfälliger, blutiger Stühle. Dies wiederholte sich einige Male, bis er mit einem Heimkehrertransport nach Deutschland geschickt wurde. Hier kam es zu einer stationären Behandlung, aus der er geheilt entlassen wurde. Als er nun eine Stellung in einem Ordenshaus annahm, traten die oben genannten Beschwerden erneut in starker Form auf. Er sagt zu dieser Zeit: "Man war nur ein geduldeter Mensch, es

war ein dauerndes Ärgernis". Während eines Klinikaufenthaltes wurde ein Geschwür im Rektum festgestellt, der Pat. war schnell geheilt und wurde entlassen. Wieder in seiner alten Stelle dekompensierte er erneut, sodaß eine weitere stationäre Behandlung nötig wurde. Es wurde nun erstmalig die Diagnose Colitis ulcerosa gestellt. Immer rezidivierender Krankheitsverlauf führte zur Operation nach Dixon und zum Anlegen eines Anus praeter. Der Pat. steigert sich immer mehr in seine Krankheit und in nun folgende Rentenansprüche hinein. Er kämpfte um die Anerkennung seiner Ansprüche auf eine KB-Rente. Nach zahlreichen Gutachten wurde sie ihm zugesprochen. Der Pat. hatte "sehr viel Ärger mit dem Versorgungsamt" und betonte immer wieder, daß er "nun mal ein Pflegefall sei". Während der immer weiter bestehenden colitischen Schübe traten depressive Verstimmungen auf. Außerdem kam es oft zu Herzklopfen, Atemnot, Schweißausbrüchen und ausgeprägtem Schwindelgefühl. In der folgenden Zeit, die durch finanzielle Schwierigkeiten bestimmt war, da Herr D. sich ein kleines Haus gekauft hatte, trat ein penetrierendes Duodenalulcus auf, das eine 2/3 Resektion des Magens notwendig machte. Kurz nach dieser Operation mußte dann noch wegen eines starken Ikterus die Cholecystektomie ausgeführt werden. Die colitischen Beschwerden bestanden weiterhin und machten endlich eine Hemikolektomie links mit Anlegen eines Anus praeter nötig. Die colitischen Beschwerden verschwanden nach der Operation. Trotzdem war nach der Operation "nichts mehr mit mir los". Es sei eine Zeit der dauernden Müdigkeit, sodaß er oft nicht mehr laufen könnte. Außerdem habe er sehr oft starke Kopfschmerzen, sodaß er dauernd

Optalidon nehmen müsse. Er sei auch sehr nervös geworden; das sei so schlimm, daß manchmal alle Glieder zitterten. Dann schmecke ihm das Essen nicht mehr und wenn dann noch Durchfälle aufträten, sei er sehr deprimiert; er lege sich dann am besten gleich hin. Wenn er seine Diät nicht einhalte oder sich aufregen müsse, entleere er unter heftigen Schmerzen einen wasserdünnen Stuhl aus dem Anus praeter. Er sagte dazu: "Ärgern darf ich mich nicht, dann ist alles ganz kaputt. Anstrengung schadet mir sehr". Nach der Darmoperation entwickelte sich bei dem Pat. ein stärkerer Alkoholabusus. "Schnaps brauche ich direkt". Den kleinsten Arbeiten im Haushalt fühlt sich der Pat. nicht mehr gewachsen. Er bekommt ein ausgeprägtes Schwächegefühl in den Beinen, sodaß er sich sofort setzen muß, bekommt Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Durchfälle oder Herzbeschwerden. Er wird von seiner Frau, die er als "sehr mütterlich" bezeichnet und die nach seinen Angaben "ungeheuer tüchtig ist", versorgt. Der Pat. kümmert sich lediglich um seinen Garten, in dem er sorgfältig und verspielt Blumenbeete anlegt, die er pedantisch frei von Unkraut hält. Libido und Potenz haben angeblich nachgelassen. Herr D. hat sich angeblich mit seinem Schicksal abgefunden.

Neurologisch:

Es ergaben sich bei seitengleichem trägem Reflexverhalten keine Abweichungen von der Norm. Pathologische Reflexe wurden nicht gefunden.

Intern:

61jähriger Patient in gutem E.Z. und A.Z., Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, kein Ikterus, keine Cyanose, keine Ödeme. Pyknisch-

muskulärer Mischtyp. Zunge feucht, nicht belegt, Oberkieferprothese, Unterkieferrestgebiß, Rachen reizlos, keine Struma. Über dem Sternum fanden sich ekzematöse Veränderungen. Pulmo und Cor auskultatorisch und perkutorisch o.B. RR 130/80, Puls 76/Min. Im Bereich der rechten Colonflexur gut funktionierender Anus praeter in reizloser Umgebung, der durch eine Pelotte Leber und Milz nicht vergrößert. An den Extremitäten kein path. Befund. Neurologisch fanden sich keine Abweichungen von der Norm. Psychischer Eindruck:

Bei der Untersuchung sahen wir einen etwas unsauberen, nachlässig gekleideten Mann mit ungepflegten Haaren. Die Bewegungen des Pat. waren natürlich, ungezwungen und harmonisch; er war heiter und in seiner Stimmung ausgeglichen, Affektlabilität bestand nicht. Er wirkte manchmal servil und dabei distanzlos. Die Bewußtseinslage war klar, wobei allerdings eine Schwerbeisinnlichkeit auffiel. Seine Initiative schien sich in kleinen Handlungen zu erschöpfen. Zu Anfang der Unterhaltung betonte er wortreich seine uneingeschränkte Bereitwilligkeit, unseren Untersuchungen zur Verfügung zu stehen. Während des Gespräches bot er Alkohol an, den er genießerisch trinkt. Das ihm widerfahrene Unrecht durch Behörden im Kampf um die Anerkennung seiner KB-Rente, und das Schicksal, das ihm durch die Colitis "alle Kraft nahm", wurde immer wieder hervorgehoben. Er lobte dann das glückliche Leben mit seiner Frau, die sich mehr Sorgen um ihn mache, als nötig sei, die sehr "mütterlich", "ungeheuer tüchtig" und "sehr verständnisvoll" sei und ihn bemuttere; er brauche das auch; mit einer anderen Frau könnte er garnicht auskommen, denn er könne

ja garnichts mehr selbst tun. Nach seiner Tagesbeschäftigung befragt, führte uns der Pat. voller Stolz in seinen Garten. Dort waren Blumenbeete offensichtlich mit größter Liebe angepflanzt und gepflegt worden. Herr D. wurde sehr lebhaft und erzählte einzelheitenreich, wann er diese und jene Blume angepflanzt habe. Voller Stolz benannte er dann auch einige Blumen mit ihren lateinischen Namen. Hier und dort zupfte er Unkraut aus. Das alles wirkte sehr verspielt. Eine neuroradiologische und elektroencephalographische Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, da der Pat. sich nicht in der Lage fühlte, mit dem Zug oder Auto in unsere Klinik zu kommen.

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Der zur Zeit der Untersuchung 61jährige Pat. entwickelte während einer harten Jugend - er konnte oft nicht die Schule besuchen, da er dem Vater in der Landwirtschaft helfen mußte - gegenüber dem Vater aggressive Gefühle, die heute noch bestehen und eine ausgeprägte Mutterbindung. Er war gesellig, lustig, ausgeglichen, aber mehr der Typ eines Mitläufers. Ihm gestellte Aufgaben erfüllte er zuverlässig. Das Selbstwertgefühl war sehr schwach ausgebildet. Depressive Verstimmungen hat der Pat. nie gekannt. Als Soldat kam er in russische Gefangenschaft. Dort traten erstmalig blutige, dünne Stühle zugleich mit depressiven Verstimmungen auf, die während eines Lazarettaufenthaltes bald verschwanden, während des Arbeitseinsatzes aber sofort wieder auftraten. Eine medikamentöse Therapie war im Lazarett nicht erfolgt; er war dort nur von der Arbeit befreit und bekam besseres Essen. Nachdem einigen

Lazarettaufenthalt immer wieder das Auftreten der blutigen, dünnen Stühle gefolgt war, so bald er wieder zur Arbeit eingeteilt war, erfolgte die Entlassung nach Deutschland. Hier trat er in gutem Zustand eine Stelle als Hausverwalter an. Während seiner Arbeit fühlte er sich nur geduldet, hatte häufig Ärger, den er aber nicht zeigen durfte, da er sonst seinen Arbeitsplatz verloren hätte, auf den er aus finanziellen Gründen dringend angewiesen war. Nach kurzer Zeit traten erneut die oben beschriebenen Beschwerden auf, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten. Der Besserung folgte eine kurze Arbeitszeit in der alten Stellung und dann sehr bald das Rezidiv. Bei einer erneuten Untersuchung wurde eine Colitis ulcerosa festgestellt und eine Coecalfistel angelegt. Nachdem etwas später ein stenosierender Prozess im Bereich des Sigma und Colon pelvium festgestellt worden war, wurde der entsprechende Darmabschnitt nach Dixon reseziert und ein Anus praeter transversus angelegt. Die Coecalfistel wurde verschlossen. Es wechselten Zeiten eines blanden Verlaufes mit solchen stärkerer Colitisrezidive ab; außerdem bestanden synchron mit den Rezidiven depressive Verstimmungen. Herr D. erlebte sein Krankheitsbild immer intensiver und wurde an den Gedanken einer KB-Rente fixiert, um deren Anerkennung er zäh kämpfte. Zu den durch die Colitis ulcerosa bedingten Beschwerden traten solche von Seiten des Magens und Schmerzen im Hüftgelenk. Wegen eines außerdem auftretenden Ulcus duodeni penetrans mußte eine $\frac{2}{3}$ Resektion des Magens mit Anlegen einer retrocolischen Anastomose nach Hofmeister-Finsterer durchgeführt werden und zwei Tage danach wegen eines hochgradigen Ikterus eine

Relaparotomie wegen einer Cholezystektomie bei Cholelithiasis. In dieser Zeit traten erstmalig Extrasystolen auf; außerdem kam es nun neben den colitischen Beschwerden zu ausgeprägtem Schwächegefühl, Atemnot und Schweißausbrüchen. Während der Miktion entleerte sich gleichzeitig blutiger Schleim aus dem After. Wegen einer hochgradigen Stenosierung des aboralen Anus praeter Schenkels bei Colitis ulcerosa wurde der gesamte Dickdarm distal vom Anus praeter extirpiert. In der folgenden Zeit entwickelte der Pat. einen asthenischen Versagenszustand und fiel in eine infantile Haltung zurück, was durch die "ungeheuer tüchtige" Ehefrau und ihre besorgte "mütterliche" Art erleichtert wurde. Libido und Potenz ließen stark nach, der Pat. litt unter Kopfschmerzen, die ihn zu einem dauernden Optalidon-Abusus zwingen. Er gab an, seit der Zeit der Hemikolektomie sehr wetterfällig zu sein, sehr nervös und müde. Wenn er sich Ärgere, sei alles in ihm "Ganz kaputt", wenn jetzt durch Aufregung oder Diätfehler Durchfälle aufträten, sei er sehr deprimiert und geschwächt und lege sich am besten gleich hin. Er gab an, daß seit der Operation nichts mehr mit ihm los sei und daß die Müdigkeit oft derart in seinen Beinen sitze, daß er nicht mehr laufen könne. Er gab weiter an, in den letzten Jahren an den Alkohol geraten zu sein: "Schmaps brauche ich direkt". Indem er der Meinung ist, daß er "nun mal ein Pflegefall" sei, verrichtet er im Haus auch nicht die leichtesten Arbeiten und widmet sich nur mit viel Liebe und Hingabe seinem Blumengarten, auf dessen Ordnung und Blumenpracht er sehr stolz ist. Das ist seine Leistung, die er jedem demonstriert.

Besonders betonen wollen wir hier das Zusammentreffen der beiden psychosomatischen Erkrankungen Colitis ulcerosa und Ulcus pepticum.

Sie bestanden zeitweise nebeneinander. Wesentlich intensiver wurde die Dickdarmerkrankung erlebt. Das Auftreten des Alkoholabusus ist sicher der 2/3 Resektion des Magens zuzuordnen, während die Fülle der anderen Symptome doch wohl in Beziehung zu Colitis ulcerosa und Teil Kolektomie gesetzt werden muß.

III. Ergebnis der Untersuchungen:

1.) Primärpersönliche Auffälligkeiten

Um den Wert der nun folgenden Angaben richtig einzustufen, muß gesagt werden, daß zu einer diesbezüglich zuverlässigen Aussage neben der Befragung des Patienten eine objektive Anamneseerhebung und eventuell psychologische Testuntersuchungen gehören, die bei unseren Patienten nicht stattfanden.

Eine deutliche Mutterbindung fanden wir in den Fällen 4,5,6,7,8; im Fall 1 außerdem eine starke Bindung an andere Familienmitglieder. Eine deutliche Retardierung in der Gesamtentwicklung schien uns bei den Fällen 1 und 7 vorzuliegen. In beider Leben schienen auch - wie im Fall 3 - sexuelle Momente eine geringe Rolle zu spielen. Weiche, leicht anrührbare Wesenszüge fanden sich bei Fall 1,7 und 8, reizbar-explosible Züge fielen bei Fall 3 auf. Während bei zwei Patientinnen (1, 2) betont weibliche Züge gefunden wurden, kennzeichneten die beiden anderen (3,4) deutlich virile Züge.

2.) Biographische Faktoren

Biographische Auffälligkeiten, die mit dem Beginn der Colitis ulcerosa in ursächlichem Zusammenhang stehen könnten, fanden wir in fast allen Fällen. In den Fällen 1 und 7 gelingt offensichtlich nicht die Loslösung vom Elternhaus, die jedoch aus beruflichen oder privaten Gründen erforderlich wird. Im Fall 1 kommt dazu noch der Verlust eines Liebesobjektes . Einen Verlust finanzieller Art muß Patientin des

Falles 3 erleiden. Im Fall 4 scheint die Angst vor einer kinderlosen Ehe der bedeutenste biographische Faktor zu sein. (Colitis verschwindet mit Bewußtwerden der Schwangerschaft) Bei Fall 2 beginnt die Colitis ulcerosa nach einem kriminellen Abort, der die Patientin, wie glaubhaft geschildert wurde, in starke Schuldgefühle treibt. Bei Fall 5 und 6 wurden lang anhaltende Schwierigkeiten am Arbeitsplatz geschildert, wozu bei Fall 6 noch zu erwähnen ist, daß die Colitis nach einer Polio-Schluckimpfung auftrat und nach einer späteren eine Exacerbation zeigte. Im Falle des Patienten 8 trat die Colitis unter schwierigsten Lebensbedingungen in der Kriegsgefangenschaft in Erscheinung. Allen Situationen scheint der wirkliche oder vermeintliche Verlust eines wie auch immer erlebten Objektes gemeinsam zu sein, und in dieser Situation scheint es wesentlich zu sein, daß der Patient durch seine Unfähigkeit oder durch äußere Umstände bedingt, keine Änderung herbeiführen konnte.

3.) S y n d r o m - W e c h s e l

Bei unseren acht Patienten konnte nur einmal kein Syndromwechsel gefunden werden. Es ist dies der Fall 3. Syndromverschiebungen im somatischen Bereich fanden wir - mäßig ausgebildet - in den Fällen 1 (Adipositas) und 8 (Ekzem). Cephalgien traten postoperativ auf, nachdem vor der Operation nie eine diesbezügliche Klage geäußert wurde. (Fall 1,7,8) Im Fall 1 traten sie in 14tägigem Intervall phasisch auf. Pektanginöse Beschwerden fanden wir bei Fall 2 und 8, wobei gesagt werden muß, daß bei Fall 8 schon praeoperativ Vegetativattacken geschildert wurden.

Ausgeprägte Wetterfühligkeit lag im Fall 4 und 7 vor. Zu Kreislaufstörungen und Schwindelgefühl kam es bei den Patienten 4,5,6. Im Fall 4 kam es einmal zu einer etwa 5 Minuten andauernden Ohnmacht, bei der es sich wahrscheinlich um einen orthostatischen Kollaps gehandelt hat. Versagenszustände traten bei den Patienten 6,7 und 8 auf. Interessant ist, daß sich zwei dieser Patienten ein Hobby aufbauten, dessen Pflege ihnen Arbeit, wenn auch in spielerischer Form abforderte. Über postoperativ aufgetretene "Nervosität" (leicht aufgeregt, verkrampft) klagten die Patienten 2,5 und 8. Über stark ausgebildete Angstgefühle, die paroxysmal häufig nachts auftreten, klagten die Patienten 4 und 7. Die gleichen Personen klagten über häufiges nächtliches Erwachen und folgende Schlaflosigkeit. Einen auffälligen Juckreiz fanden wir postoperativ im Fall 6. Bemerkenswert erschien uns die Angabe des Patienten 8, seit der Kolektomie einen erheblichen Alkoholabusus zu haben. Wir müssen in diesem Fall darauf hinweisen, daß bei ihm ein Jahr vor der Kolektomie aus Anlaß eines Ulcus duodenie eine 2/3 Resektion des Magens durchgeführt wurde und verweisen in diesem Zusammenhang auf Arbeiten, die sich mit den Problemen Gastrektomierter befassen (K o w a l s k y). Ein männlicher Patient entwickelte nach subtotaler Kolektomie eine ausgeprägte Cancerophobie, die ihn in seinem heutigen Leben sehr belastet. Als sehr auffälligen Befund fanden wir bei einem Mann - Fall 5 - bei dem nach subtotaler Kolektomie eine End-zu-End-Anastomose zwischen Coecum und Rektum hergestellt worden war, völligen Verlust von Libido und Potenz. Bei zwei weiteren

männlichen Patienten (6,8) kam es zu einem wesentlichen Nachlassen von Libido und Potenz. Im Falle 6 wurde eine linksseitige Hemikolektomie ausgeführt, ein endständiger Anus praeter transversus angelegt und ein Rektumstumpf belassen, der mit Peritoneum gedeckt wurde. Im Falle 8 wurde der ganze Dickdarm bis zur rechten Flexur entfernt und das Rektum in toto extirpiert. Bei diesem Patienten wären am ehesten Störungen der erektiven Potenz zu erwarten gewesen. Da derartige Störungen, bzw. der Verlust oder die Einschränkung der Libido indessen bei den Patienten auftraten, bei denen das Rektum belassen worden war, sind wir der Meinung, daß es sich hier doch um ein echtes "syndrome shift" handelt. S t e l z n e r zit. bei Spiegelberg betonte 1962, daß erektive Potenzstörungen bei Rektokolektomierten mit gleichzeitig resezierter Sphinkterregion regelmäßig gefunden werden. Da S p i e g e l b e r g in seiner Arbeit zur Psychosomatik des Syndrom-Wechsels die Ansicht vertrat, daß mit der Läsion peripherer Neurone bei der totalen Rektokolektomie kaum der Libidoverlust erklärt werden könne, gab S t e l z n e r in einer privaten Mitteilung an ihn zu bedenken, ob nicht durch die Läsion der Neurone eine die Einschränkung der Libido erklärende Hodenatrophie entstehen könne. Im Hinblick auf unsere Fälle müssen wir sagen, daß das äußere Genitale unauffällig befunden wurde, insbesondere fanden sich bei der körperlichen Durchuntersuchung keine Hinweise auf eine Hodenatrophie. Die Möglichkeit einer solchen ist damit natürlich nicht ausgeschlossen; es müßte wohl zur endgültigen Klärung eine Hodenbiopsie durchgeführt werden.

Erwähnt seien nun zwei Fälle, bei denen neben der Colitis ulcerosa noch eine andere psychosomatische Erkrankung auftrat. Im Fall 7 ging dem Beginn der Colitis ein Asthma bronchiale voraus. Die Verbindung zwischen Asthma und Colitis wurde von S p i e g e l b e r g (1965) ausführlich beschrieben. Das Asthma bronchiale trat nach Colitisbeginn und auch nach der Kolektomie nie mehr auf. Interessant ist auch Fall 8, bei dem gleichzeitig mit der chronisch rezidivierenden Colitis ulcerosa ein Ulcus duodeni bestand. Nachdem das Ulcus 1949/50 erstmalig festgestellt worden war (Colitisbeginn 1947), mußte im Jahre 1955 eine 2/3 Resektion des Magens durchgeführt werden, da das große Ulcus duodeni, das in das Pankreas penetriert war, zu einer starken Blutung geführt hatte. Bei solchem Zusammenreffen fällt es begreiflicherweise schwer an eine spezifische Ulcus- oder Colitispersönlichkeit zu denken.

Wir wollen uns nun den Auffälligkeiten zuwenden, die vor Beginn der Colitis ulcerosa bei einigen Patienten auftraten, mit Beginn der Erkrankung aber völlig verschwanden.

Die Patientin des Falles 1 stand nach Verlassen des Elternhauses bis zum Auftreten der Darmerkrankung wegen ausgeprägter Inappetenz und Schlaflosigkeit in hausärztlicher Behandlung. Wir wissen, daß beides nach Beginn der Colitis und nach der Kolektomie nie mehr auftrat, sondern sich im Gegenteil eine mäßige Adipositas entwickelte. Bei der Patientin des Falles 2 kam es im Anschluß an einen kriminellen Abort zu einer erheblichen depressiven Verstimmung, die 4 Wochen andauerte. Mit dem Verschwinden der depressiven Stimmungslage trat dann die Colitis ulcerosa erstmalig auf.

Zum Fall 4 ist zu bemerken, daß in der Eigenanamnese ein Ekzem gefunden wurde. Die Colitis trat zwei Jahre später auf, verschwand indessen, als eine Schwangerschaft bestand, um erst 15 Jahre später erneut aufzutreten. Nach dem ersten Colitisschub trat bei der Patientin ein über Jahre dauernder quälender Analpruritus auf.

Wir wollen hier der Schule von A l e x a n d e r folgen und die Polyarthrititis als psychosomatische Erkrankung ansehen. In unserer Kasuistik fanden sich 2 Fälle dieser Erkrankung (2,4). Im Fall 2 waren Beschwerden im Sinne einer primär chronischen Polyarthrititis kurzzeitig schon Jahre vor Beginn der Colitis ulcerosa aufgetreten. In diesem Zusammenhang wurde 1949 eine Tonsillektomie durchgeführt. 1959 traten dann mit dem zweiten Colitisschub erneut polyarthritische Beschwerden in Form von schmerzhaft geschwollenen Knie-, Fuß- und Fingergelenken auf. Unter hohen Prednisolondosen besserten sich die colitischen und polyarthritischen Beschwerden vorübergehend, um dann eine erhebliche Verschlechterung zu zeigen. Als dann die subtotale Kolektomie durchgeführt wurde, verschwanden die polyarthritischen Beschwerden innerhalb einer Woche nach der Operation, obwohl keine zusätzliche anti-rheumatische Therapie durchgeführt wurde. Sie traten bis zum Tage der eigenen Untersuchungen nicht erneut auf. Im Fall 4 kam es mit dem zweiten Colitisschub 1949 erstmalig zu heftigen Schmerzen in Knie- und Hüftgelenken und einer gleichzeitig auftretenden Pleurareizung. Während des nun folgenden chronisch rezidivierenden Verlaufes der Colitis ulcerosa ver-

stärkten sich die polyarthritischen Beschwerden kontinuierlich. Sie betrafen besonders die Hüftgelenke. 1954 wurde eine Verschmälerung des Gelenkspaltes und eine mäßige Randzackenbildung im Bereich des rechten Hüftgelenkes gefunden. 16 Röntgentiefenbestrahlungen zu je 90 r brachten, ebenso wie eine schon früher durchgeführte intensive medikamentöse Therapie, keine Besserung. Nach der Hemikolektomie, nach der colitische Beschwerden nicht mehr auftraten, verstärkten sich die polyarthritischen Beschwerden noch erheblich. Zur Zeit unserer Untersuchung war die Patientin nicht in der Lage ohne Stöcke zu gehen.

4.) C e r e b r a l o r g a n i s c h e F a k t o r e n

Eine cerebralorganische Auffälligkeit fand sich nur in einem Fall unseres Patientengutes (6). Es fand sich paroxysmal Unfähigkeit richtig zu lesen oder Worte richtig auszusprechen und wie der Patient angab auch ein Wegbleiben der Gedanken. Im EEG fand sich ein diskreter links-temporaler Herdbefund mit biphasischen Wellen. Das sind Auffälligkeiten, die wir registriert haben, ohne dabei irgendeinen Zusammenhang mit der Colitis ulcerosa finden zu können. S p i e g e l b e r g hält (1965) neurogene Einflüsse bezüglich der Colitis ulcerosa für wenig wahrscheinlich.

5.) Z u r F r a g e d e p r e s s i v e r V e r s t i m m u n g e n b e i d e r C o l i t i s u l c e r o s a

Schilderungen depressiver Verstimmungen finden wir in der Literatur zur Colitis ulcerosa

häufig. Wir wollen hier nur auf die Arbeiten von Sperling, Spiegelberg, Lopez-Ibor, Fontana und B.C. Meyer hinweisen. Das adynamisch-depressive Begleitsyndrom (Psychom), auf das Lopez-Ibor und Spiegelberg aufmerksam gemacht haben, ist gesondert zu nennen. Es ist damit ein Bild gemeint, das bei schwer- und schwerstkranken Colitis-ulcerosa-Patienten öfter gefunden wird. Die Hauptzüge sind Adynamie, Apathie und eine hoffnungslos traurige Stimmungslage, wozu noch eine ängstliche und beunruhigte Note gehören kann. Über das Psychom können wir im Rahmen unserer Arbeit nichts aussagen, da wir ja nur kolektomierte Patienten sahen. Depressive Momente fanden wir in den Fällen 1,2,4,5,6,7, und 8. Sie fehlten also lediglich in einem Fall. Bei der Patientin des ersten Falles traten depressive Verstimmungen, verbunden mit Schlaflosigkeit, Inappetenz und einer deutlichen Abgeschlagenheit mit dem Verlassen des Elternhauses auf. Mit dem Colitisbeginn kam es zu einer Verstärkung der Depression, während die anderen Symptome verschwanden. Nach der totalen Kolektomie verschwanden dann auch die depressiven Züge, um bis zum Zeitpunkt unserer Untersuchung nicht mehr aufzutreten. Im zweiten Fall kam es im Anschluß an einen kriminellen Abort zu einer erheblichen depressiven Verstimmung, die nach einer Dauer von vier Wochen von dem Beginn der Colitis ulcerosa abgelöst wurde. Während des ersten Colitis-schubes wurden von der Patientin keine depressiven Stimmungen geschildert. Sie traten allerdings im Verlauf des zweiten Colitisschubes, einer akut-toxischen Colitis ulcerosa, erneut auf. In diesem Fall könnte es sich um das von Spiegelberg in seiner Colitisarbeit des Jahres 1965 geschilderte Psychom handeln.

Mit der subtotalen Kolektomie verschwanden auch bei dieser Patientin die depressiven Momente völlig. Im Fall 4 kam es während des ersten Colitisschubes intermittierend mit dem Auftreten blutiger Stühle zu depressiven Verstimmungen. Beide Symptome verschwanden mit dem Bewußtwerden der Schwangerschaft. Während des späteren Verlaufes der Colitis ulcerosa (es handelte sich um ein chronisch-rezidivierendes Bild), traten depressive Verstimmungen parallel zu dem Ablauf der Darmerkrankung auf. Nach der Hemikolektomie kam es nicht zum Verschwinden der depressiven Symptomatik. Bis zum Zeitpunkt unserer Nachuntersuchung bestand ein ängstlich depressiver Verstimmungszustand fort. Auch im Fall 5 kam es postoperativ nicht zum Verschwinden der psychischen Symptome, die während des Verlaufes der chronisch-rezidivierenden Colitis ulcerosa in der Form leichter depressiver Verstimmungen bestanden hatten. Nach der subtotalen Kolektomie kam es nach Angabe des Patienten manchmal zu ängstlich depressiven Verstimmungen. Außerdem hatte sich eine Cancerophobie entwickelt. Im Fall 6 traten synchron mit den Colitisschüben erhebliche depressive Verstimmungen auf, die nach linksseitiger Hemikolektomie völlig verschwanden. Ebenso verschwanden die Depressionen nach totaler Kolektomie im Fall sieben. Sie waren auch hier dem Verlauf der Colitis ulcerosa in ihrer Intensität gefolgt. Ein synchron mit der Colitis ulcerosa auftretendes depressives Bild bestand auch im Fall 8. Hier traten allerdings noch depressive Verstimmungen auf, wenn der Patient nach Diätfehlern unter heftigen Schmerzen wasser dünne Stühle entleerte.

6.) Abdominalbeschwerden nach der Operation

In den Fällen 1,2,3 traten nach der Operation (totale Kolektomie mit Ileostomie, subtotale Kolektomie mit Ileo-Sigmoideostomie, subtotale Kolektomie und End-zu-End Vereinigung zwischen Colon ascendens und Rektum) Beschwerden von Seiten des Magen-Darmtraktes nicht mehr auf. Die Patienten halten keine feste Diät ein. Die Patientin des Falles 2 hat einen regelmäßigen Nikotin- und mäßigen Alkoholabusus. Im Falle 4 kommt es nach kleinen Diätfehlern zu starken Blähungen. (Der Dickdarm wurde von Flexura hepatica bis Rektum einschließlich entfernt und ein Anus praeter transversus angelegt.)

Im Falle 8 (postoperativer Zustand wie Fall 4, jedoch außerdem noch 2/3 Resektion des Magens) treten nach leichten Diätfehlern und Aufregungen wasserdünne Stühle auf, die unter heftigen Schmerzen entleert werden.

Fall 7 ist unauffällig bis auf die ausgedehnten Fistelungen, die sich im Bereich des bei der ersten Operation belassenen Rektumstumpfes ausbildeten.

Im Falle 5 (subtotale Kolektomie mit End-zu-End Vereinigung zwischen Coecum und Rektum) kam es 4 Jahre nach der Operation nach einem grippalen Infekt mit starken Kopfschmerzen zu einem Colitisrezidiv. Die immer wieder auftretenden Blutspuren auf sonst normalem Stuhl verschwanden auch unter einer Dauertherapie von 2 Tabl. Azulfidine/die bis zu unserer Untersuchung nicht. Im Falle 6 (linksseitige Hemikolektomie unter Belassen eines Rektumstumpfes, Anus praeter transversus) trat ein Jahr nach der Operation

ein Colitisrezidiv im Bereich des verbliebenen Rektumstumpfes auf. Man sah rektoskopisch kleine ulceröse Veränderungen. Eine histologische Untersuchung des entnommenen Gewebestückes ergab den Befund einer chronischen, ulcerösen Colitis. Das Rezidiv konnte medikamentös beherrscht werden. Zur Zeit der Untersuchung klagte der Patient darüber, daß bei der geringsten Anstrengung Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe auftreten.

C. L I T E R A T U R R E F E R A T

I. Arbeiten zur Psychogenese, Soziogenese und Psychotherapie

Nach früheren Arbeiten von M u r r a y und S u l l i v a n nehmen in der Literatur der Colitis ulcerosa, wie auch zur Frage anderer psychosomatischer Erkrankungen, zu denen noch Ulcus pepticum, Thyreotoxikose, Bronchialasthma, Hypertonie, rheumatische Arthritis und Neurodermitis gerechnet wurden, die Arbeiten von A l e x a n d e r und die seines Institutes für Psychoanalyse, eine beherrschende Stellung ein. M u r r a y hatte bei einem Patientengut von 12 Kolitikern neben der charakterlichen und emotionalen Unreife und dem hohen Grad von Furchtsamkeit und Sensibilität, Konflikte in Ehebeziehungen, insbesondere im Zusammenhang mit sexuellen Fragen, Schwangerschaften und Aborten betont. In diesem Zusammenhang sind unsere Fälle 2 und 4 zu erwähnen. S u l l i v a n war der Meinung, daß keine spezifisch auslösende Situation vorhanden sei, daß aber in jedem Fall der Patient in eine Einpassungssituation verwickelt gewesen sei, die ihm als

Individuum Schwierigkeiten machte, die er dann mit Spannung und Angst beantwortet habe. Gleiches kann sicher auch in besonderem Maße von den Fällen 5,6,7 und 8 gesagt werden. L i n d e m a n n betonte die verarmten zwischenmenschlichen Beziehungen der von ihm beobachteten Patienten. M. S p e r l i n g, die über ein besonders großes Beobachtungsgut, besonders kolitischer Kinder verfügt, ist der Meinung, daß die idiopathische Colitis ulcerosa sehr früh mit einer neurotischen Fehlentwicklung beginne, hervorgerufen durch eine erheblich gestörte Mutter-Kind-Beziehung. Eine Häufung solcher Störungen findet sich nach ihren Beobachtungen zwischen dem 18. und 26. Lebensmonat. Sie fand bei den Müttern immer wieder ein "übermäßiges Bedürfnis", die Darmfunktionen des Kindes zu kontrollieren, jedes offen aggressive Benehmen zu unterdrücken und jedes Zeichen einer Unabhängigkeit zu entmutigen". So seien die Kinder oft schon vor Beginn der analen Phase völlig von der Mutter abhängig gewesen. Darum ist nach ihrer Meinung der innere Kampf mit der introjizierten Mutter, ein Kampf um Verpflichtungsgefühle, innere Abhängigkeit oder Unabhängigkeit, um völliges Ausgeliefertsein und schuldhaft belastete aggressive Gefühle, der bei ihren Patienten auftretende zentrale Konflikt. Der Organismus ist von dem einverleibten feindlichen, aggressiven Objekt angegriffen und sucht sich durch sofortige anale Entleerung zu befreien. S p e r l i n g beschreibt depressive Grundstörungen bei Kolitikern und nennt die Colitis ulcerosa die "somatische Dramatisierung" der Melancholie. Damit berührt sie eine sehr wesentliche Frage der psychosomatischen Er-

krankungen, deren Beziehung zu Psychosen, hier wiederum speziell zum manisch-depressiven Formenkreis. Wir werden auf dieses besonders von S p i e g e l b e r g hervorgehobene Fragegebiet später noch einzugehen haben. A l e x a n d e r vertritt die Ansicht, daß die Gemütsbewegungen sich immer durch das vegetative Nervensystem in den von ihm beherrschten Organen äußere, eine definierte Gemütsbewegung damit konstant eine ihr korrelierte Organreaktion hervorrufe, die normalerweise in völliger Harmonie mit allen anderen Körperfunktionen ablaufe. Anders liegt der Fall, wenn sich die Gemütsbewegung nicht ausdrücken kann. Dann kommt es nach A l e x a n d e r zu einer Störung im Bereich der ihr zugeordneten vegetativen Leitung, die ihrerseits eine Störung der ihr korrelierten Funktionen nach sich zieht, aus welcher schließlich sogar eine morphologische Veränderung hervorgehen kann. Er stellt also folgendes Schema der Entstehung einer psychosomatischen Erkrankung auf: unterdrückte Gemütsbewegung - vegetative Dysregulation - funktionelle Störung - morphologische Veränderung. Verglichen mit einer hysterischen Reaktion würde die psychosomatische Erkrankung keinerlei symbolische Beziehung zur auslösenden emotionalen Spannung haben. Kommt es zu einer dauernden Irritation des Parasympathikus, so soll es zu Erkrankungen wie Ulcus pepticum, Colitis oder Asthma kommen, während Störungen der sympathischen Innervation etwa Migräne, Hyperthyreose und Hypertonie hervorrufe. Die Tatsache, daß eine ganz bestimmte konfliktreiche Lebenssituation entweder die psychosomatische Erkrankung hervorruft oder ohne erkennbare Folgen bleibt, glaubt A l e x a n -

d e r damit erklären zu können, daß er einen somatischen Faktor annimmt. Er soll darüber entscheiden ob das regressive Ausweichen vor einer konfliktreichen Lebenssituation bei dem einen Patienten nur psychische Befunde (Besessenheits- und Zwangssymptome, Wahnbildungen), beim anderen jedoch organische Darmstörungen zeigt.

A l e x a n d e r sieht folgende Kette: Versagung oral abhängiger Wünsche - oral aggressive Reaktion - Schuldgefühl - Angst - Überkompensation für die orale Aggression durch den Drang zu schenken und zu vollbringen (Wiedergutmachen) - Hemmung und Fehlschlag der Bemühungen zu geben und zu vollbringen - Diarrhoe. Bei der Auslösung und Provokation der Colitis ulcerosa hält A l e x a n d e r zwei emotionale Faktoren für besonders gravierend:

1. Die versagte Strebung eine Verpflichtung auszuführen (biologisch, materiell, moralisch).
2. Der vereitelte Ehrgeiz etwas zu vollbringen, was einen konzentrierten Energieeinsatz verlangt. So stehen am Anfang der Erkrankung oft außerordentliche Leistungsforderungen, denen der Patient sich nicht gewachsen fühlt. Es kommt dann zur Regression auf die anale Form des Gebens oder Vollbringens, wenn die Notwendigkeit oder der Antrieb zu geben im Laufe des Lebens entsteht oder wenn die Verwirklichung eines Ehrgeizes auf Erwachsenen-Niveau durch neurotische Hemmung blockiert ist.

A l e x a n d e r stellt also konflikthafte Lebenssituationen und die daraus folgende Dynamik als wesentlichen Faktor bei der Entstehung der psychosomatischen Erkrankungen in den Vordergrund und erklärt die Zusammenhänge rein psychoanalytisch.

Ein anderes Prinzip wird von Autoren wie D u n b a r in den Vordergrund gestellt, nämlich das der spezifischen psychosomatischen Profile. Sie ist der Ansicht, daß Persönlichkeitsprofile den Erkrankungen vorausgehen. Das Studium dieser Faktoren soll zeigen, daß es eben besondere Eigenschaften des Patienten sind, die ihn gegenüber bestimmten Situationen des Lebens anfälliger sein lassen als es andere in gleicher Situation wären. So entstehen im Leben der einen Gruppe neurotische Erlebnisverarbeitungen, als deren Ergebnis durch ein besonders psychodynamisches Gefüge eine bestimmte Erkrankung in Situationen resultiert, mit denen anders strukturierte Menschen mühe-los fertig geworden wären. D u n b a r hat mit Hilfe statistischer Methoden sehr genaue Persönlichkeitsprofile erarbeitet, deren einzelheitenreiche Erörterung den Rahmen dieses Referates sprengen würde. Wir verweisen auf das Standardwerk: Emotions and Bodily Changes. A l e x a n d e r kritisierte diese und andere unter gleichen Gesichtspunkten verfaßte Arbeiten, weil seiner Meinung nach durch die Einführung statischer Gesichtspunkte in die Psychosomatische Pathologie die Beobachtung dynamischer Wechselbeziehungen im Ablauf psychosomatischer Erkrankungen erschwert wird. G r o e n fand 1947 bei einem Krankengut von 6 Kolitikern folgende Persönlichkeitszüge: Gute Intelligenz, eine charakteristische, oft übertriebene Vorsicht und Sauberkeit, stark ausgeprägte, mit einer Neigung zu oberflächlicher Bescheidenheit einhergehende Empfindsamkeit, unter der sich gehemmte Aggressivität verbarg, stark idealisierte und gesteigerte infantile Liebesbedürfnisse und oft stark

narzißtische Ansprüche. Drei Jahre später wurde die Beobachtung noch an einem Patientengut von 34 Personen ergänzt, indem zwangsneurotische Züge mit verdrängten Aggressionen, Furcht vor der Wirklichkeit und sexuelle Störungen beschrieben wurden. Eine neurotische Entwicklung wurde von ihm, wie auch von anderen Autoren, schon in der frühen Kindheit gesehen.

D u n b a r hat ähnliche Beobachtungen gemacht, betont aber, daß 10-20% der an einer bestimmten Krankheit Leidenden atypisch seien, also nicht in ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil eingeordnet werden könnten. G r o e n berichtet, daß es für die Kolitiker schwer sei, eine normale sexuelle Beziehung aufzubauen. In der Analyse finde man bei ihnen eine auffallend starke Fixierung an die Mutter und die Tatsache, daß alle Frauen mit ihr verglichen werden (Fall 8). Die Beziehung zu den Männern sei oft belastet von der Furcht und dem Haß, die gegenüber dem Vater empfunden würden. (Fall 1) Die Patienten bauen Beziehungen auf, deren wesentlichstes Moment eine passive Abhängigkeit sei.

Von H a l l i d a y stammt der Begriff der "sozialen Krankheit", womit er soziologische Faktoren in die psychosomatische Medizin einführt. Es soll damit gesagt werden, daß eine kranke Gesellschaft, zum Beispiel in ihrer engsten Form, der Familie, (T i t c h e n e r) Bedingungen zur Entstehung einer Erkrankung liefern kann. Von Angaben über gestörte Mutter-Kind-Beziehung und deren ursächliche Rolle bei frühkindlichen neurotischen Entwicklungen haben wir schon bei S p e r l i n g gesprochen. Weitere Autoren wie M o h r, P o w e r s und M c K a y, K a r u s h und D a n i e l s

u.v.a. sind hier zu nennen.

H a l l i d a y hat den Begriff allerdings noch weiter verstanden. Er war der Meinung, daß die Zunahme bestimmter Erkrankungen wie z.B. Ulcus pepticum und Angina pectoris mit dem Wandel der sozialen Bedingungen verbunden sei, unter denen sich der moderne Mensch bewegen müsse.

Kurz erwähnt seien auch Arbeiten, die sich mit der Beziehung zwischen Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen befassen. Mitteilungen dieser Art, die sich breit gestreut in der ganzen psychosomatischen Literatur finden, wurde allerdings kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Dies änderte sich in der jüngeren Literatur von L o p e z - I b o r und S p i e g e l b e r g. S p i e g e l b e r g geht in seinen nach 1955 erschienenen Arbeiten immer wieder auf diese Frage ein. Er meint, daß die Beziehung zwischen Psychosen und pathologischen Vorgängen am Dickdarm enger sei als zu denjenigen im oberen Magen-Darmabschnitt. In diesem Zusammenhang wird an die enorme Häufigkeit der Obstipation bei endogenen Depressionen erinnert. Bereits im Jahre 1936 hat J e l l i f f e einen Fall beschrieben, in dem der Heilung der Colitis eine Psychose folgte. Bemerkenswert scheint in diesem Zusammenhang die Ansicht von S p e r l i n g, die die Colitis ulcerosa für die somatische Dramatisierung der Melancholie hält. Sie fand bei ihren psychoanalytisch durchgearbeiteten Fällen Anhalte für unbewußte, verdrängte Depressionen bei schweren Formen der Colitis ulcerosa.

F o n t a n a fand 1958 ähnliche Zusammenhänge und faßt die Colitis ulcerosa als die Somatisierung eines psychotischen Prozesses auf. Er zeigte, daß die schwere Colitis ulcerosa eine

Organpsychose ist, die das Versagen eines schwachen Ich, ein depressives Syndrom zu entwickeln, zu repräsentieren scheine.

B.C. M e y e r gibt in seiner 1956 erschiene-
nen Arbeit zu psychiatrischen Aspekten der
chronischen Colitis ulcerosa eine Unterschei-
dung zwischen seelischen Phänomenen, welche
eine Reaktion auf den schon in Gang befindlichen
Krankheitsprozess darstellen und solchen, die
bereits vor Beginn der Colitis ulcerosa nach-
weisbar sind. Er ist auf Grund eigener Unter-
suchungen mit Hilfe des Rorschach-Tests und
Beobachtungen einer wechselseitigen Beziehung
zwischen Psychose und Colitis bei einer von
ihm genauer untersuchten Patientin der Ansicht,
daß sich bei vielen Colitiskranken unter der
Darmsymptomatik ein psychotischer Prozess ver-
berge, gegen welchen die Organsymptomatik als
Abwehr wirke. M e y e r stellt fest, daß
psychotherapeutische Behandlung, die darauf
abziele unbewußtes Material zutage zu fördern,
gefährlich sei, da sie psychotische Störungen
hervorrufe.

Es ist dies der Platz, an dem auch noch die
ganz ausgezeichnete Arbeit von D a n i e l s
und Mitarb. erwähnt werden muß. An 57 Fällen
wird die über 3 Jahrzehnte laufende eigene
Kolitidforschung aufgezeigt. Alle Beobachtungen
wurden in Teamarbeit zwischen Psychiatern,
Internisten, Psychotherapeuten und Soziologen
koordiniert und der Erfolg der Therapie
laufend kontrolliert. D a n i e l s kommt
hinsichtlich psychiatrischer Befunde zu
folgenden, alleinstehenden Ergebnissen: Unter
den oben genannten Patienten fand er 1/3
Schizophrene; die Hälfte der Operierten und
2/3 der verstorbenen Patienten stammten aus

der Gruppe der Schizophrenen. Es wird betont, daß sich die psychiatrische Diagnose als die verläßlichste prognostische Aussage hinsichtlich des körperlichen und psychischen Krankheitsverlaufes erwies. Bei dem Studium der Arbeit wird deutlich, daß die Diagnose Schizophrenie von ihm doch wesentlich leichter gestellt wird, als es z.B. an unserer Klinik der Fall wäre. Zur Diagnosestellung verlangt D a n i e l s mindestens zwei der Symptome Kontaktstörung, Spaltung von Intellekt und Gemüt, wirklichkeitsfremdes Denken, autistisches Denken oder egozentrische Verhaltensweisen in der Umweltbeziehung. Als Nebensymptome wurden paranoide Züge, Stupor, Ideenarmut, Amnesie, schwere Anorexie, Schlafstörungen, Erregbarkeit, ausgeprägte kindliche Abhängigkeit u.s.w. genannt. D a n i e l s sah von der Psychotherapie im ganzen eine gute Wirkung. Er hält es für wichtig, daß der Patient zu seinem Arzt in einer guten psychotherapeutischen Beziehung verbleibt, auf die er in schwierigen Situationen zurückgreifen kann.

Dies finden wir in der jüngeren Literatur mit ganz besonderen Akzenten bei H. F r e y - b e r g e r und K. M ü l l e r - W i e l a n d, die starken Wert auf eine langfristige ambulante Nachbehandlung legen, um die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen nicht zu unterbrechen. Dies erfordere die progrediente Verlaufstendenz der Colitis ulcerosa. Sehr wesentlich für das Verständnis der Colitis ulcerosa scheint uns auch die erst kürzlich von F r e y b e r g e r veröffentlichte Arbeit, die sich mit depressiven Syndromen bei chronischen internistischen Erkrankungen, dargestellt am Beispiel der Adipositas und der Colitis ulcerosa, befaßt. Offenbar seien diese körperlichen Zustände

verknüpft mit einem psychologischen Kernsyndrom in Form der Trias Infantilität, reduzierte Belastungsfähigkeit und depressive Reaktionsmodi. Das psychologische Kernsyndrom sei nicht nur Folge des aktuellen Krankseins, sondern zeige deutlich biographische Präformierung. Hinsichtlich der Qualität der Depressionen wird das Vorkommen endogener Depressionen bei Kolitikern betont (S p i e g e l b e r g 1965, W i n z e n r i e d 1966), hinsichtlich der Quantität der Depressionen wird die stärkere Ausbildung bei Kolitikern im Vergleich mit Adipösen hervorgehoben. Dominierend bei den Kolitikern der zitierten Arbeit waren chronisch depressive Syndrome, die nach Versagungen im Sinne von Objektverlusten auftraten. Die quantitative Verstärkung der Syndrome wurde, im Vergleich zu Adipösen, bei Kolitikern mit dem reaktiven Erleben des destruierenden Organprozesses erklärt. Subjektiv sehr belastend seien nach der Rezidivbeseitigung die archaischen Ängste vor neuen Schüben, als deren Folge eine angsthaft besetzte Dauerdepressivität zurückbleibe, die während körperlicher Stabilisierung latent bei den geringsten Vorboten eines Rezidivs aber sofort wieder manifest werde und dann parallel zu der Aktivität des somatischen Prozesses zunehme.

Arbeiten über Psychotherapie bei Colitis ulcerosa liegen in großer Menge vor. Sie ist in Art und Erfolg unterschiedlich beurteilt worden. Die Literatur reicht von frühen Arbeiten S p e r l i n g ' s bis zu solchen wie von C u r t i u s im Jahre 1962. In unserem Sprachraum haben in der jüngeren Zeit E n k e und S c h e l l a k über eigene psychotherapeuti-

sche Ergebnisse berichtet. E n k e nimmt in der Bewertung der Therapie eine vermittelnde Stellung zwischen der von C u r t i u s geforderten kombiniert internistisch-entspannungstherapeutischen und einer rein internistisch-konservativen Therapie ein. S c h e l l a c k nimmt eine starrere Position ein, wenn er meint, daß therapeutisch nur Psychoanalyse in Frage komme. Hinsichtlich ätiologischer Fragen sind experimentelle Arbeiten von großem Interesse.

S p e r a n s k y erreichte bei Tieren durch Reizung des Tuber-cinereum-Gebietes Dickdarmhämorrhagien vom Typ der Colitis ulcerosa. Andere Autoren erreichten durch Aufrechterhaltung von 24stündigen Colonspasmen Ulcerationen im Colonbereich. In diesen Fällen konnte nicht entschieden werden, wie weit eine gesteigerte Mucolyse eine Rolle spielte, die primär durch Ausschüttung eines mucolytischen Fermentes oder sekundär durch Darmspasmen und beschleunigte Darmpassage hervorgerufen wurde. Einen Fortschritt im ätiologischen Denken bei der Colitis ulcerosa brachten die Untersuchungen von H.G. W o l f und Mitarbeiter. Bei einem Patienten mit Colostomie beobachteten sie die Colonschleimhaut in ihrer Reaktion auf bestimmte Konfliktsituationen, denen der Patient ausgesetzt wurde. Neben Hyperämie und Ödem wurde bei Patienten mit Colitis ulcerosa das Auftreten von petechialen Blutungen beobachtet. W o l f sah bei einem Patienten, dem die Rektoskopie sehr unangenehm war, bei der Untersuchung hämorrhagische Flächen der Rektumschleimhaut. Die Schleimhautblutungen verschwanden in weniger als 24 Stunden, als es dem Patienten gelang zu entspannen.

Andere Autoren weisen im Zusammenhang mit der Entstehung der Colitis ulcerosa auf eine verstärkte Lysozymsekretion hin. Die Colonschleimhaut ist in Fällen von Colitis ulcerosa je nach den verschiedenen Emotionen Änderungen der Lysozymkonzentration unterworfen. Es wird angenommen, daß eine Erhöhung des Lysozyspiegels zusammen mit Schwellung und Hyperämie der Schleimhäute Läsionen im Dickdarmbereich hervorrufen kann. Es wird ferner betont, daß die Veränderung der Lysozymkonzentration nicht Folge der Gewebsläsion ist, sondern ihr vorausgeht.

Es muß hier noch die Arbeit von B r o w n i n g und H o u s w o r t h kurz referiert werden, weil sie, übertragen auf das Problemgebiet des Ulcus pepticum, gewisse Parallelen zu der eigenen Arbeit hat. Die Autoren wollten mit ihrer Arbeit prüfen, ob es nach konservativer oder chirurgischer Beseitigung des Ulcus pepticum zur Entstehung neuer Symptome komme. Zwei Gruppen von jeweils 30 Ulcusträgern wurden untersucht. Die eine Gruppe wurde konservativ behandelt, die andere gastrektomiert. Detaillierte Untersuchungen vor und nach der Behandlung wurden verglichen. Nach partieller Gastrektomie hatten nur noch 43% der Patienten Ulcussymptome. Andere psychosomatische Symptome waren auf 24% angestiegen. Psychoneurotische Affektionen stiegen nach der Operation um 50% an, während eine wesentliche Veränderung charakterologischer Momente nicht gefunden wurde. In der konservativ behandelten Gruppe waren die Symptome von Seiten des Magen-Darmtraktes unverändert. Eine Veränderung der Symptomatik in anderen Punkten war ebenfalls nicht eingetreten. Bedeutsam

erscheint uns, daß vor und nach der Operation die Summe aller Symptome, bei Berücksichtigung der Heftigkeit, gleich geblieben war. Der Begriff des Syndrom-Wechsels drängt sich uns in diesem Zusammenhang auf.

Eine Arbeit, die ganz analog der vorliegenden durchgeführt wurde ist die von K o w a l s k y, ebenfalls aus der Arbeitsgruppe von S p i e g e l b e r g. Sie befaßt sich mit katamnestischen Untersuchungen bei 12 Patienten, die wegen eines Ulcus duodeni oder Ulcus pepticum teilgastrektomiert wurden. K o w a l s k y berichtete, daß 2 Patienten vor der Ulcusmanifestation erwähnenswerte psychiatrische Symptome zeigten, während der Ulcuskrankheit traten bei 3 Patienten bis dahin unbekannte Beschwerden auf. Krankheitssymptome die nach der Operation in Erscheinung traten, wurden unterschieden in: 1. Psychopathologische Symptome, 2. Körperliche Symptome psychosomatischer Natur und 3. Abdominalbeschwerden. Danach akquirierten 6 Patienten und 1 Patientin psychopathologische Symptome, 6 Patienten und 1 Patientin körperliche Symptome, 2 Patienten und 1 Patientin Abdominalbeschwerden. 3 Patienten wurden nach der Operation völlig beschwerdefrei gefunden.

II. Arbeiten zur Colitis ulcerosa aus internistischer und chirurgischer Sicht

Eine Störung der Immunkörperbildung in der Form einer Autoantikörperbildung ist zum Thema Colitis ulcerosa in der letzten Zeit immer mehr in den Vordergrund pathogenetischer Überlegungen getreten.

B r o b e r g e r und P e r l m a n n wiesen zirkulierende Antikörper gegen Extrakte aus

menschlichem Colon bei Colitis ulcerosa- Kranken nach. Ihre Ergebnisse wurden von B r e g m a n und K i r s n e r und anderen bestätigt. Kreuzreaktionen des Antikörpers mit Leberextrakten weisen auf eine Antigengemeinschaft zwischen Lebergewebe und Colonschleimhaut hin.

Interessant ist auch die Arbeit von B r o b e r g e r und P e r l m a n n, die die Lokalisation des Antigens im Bereich des Zytoplasmas der Darmepithelien mit Hilfe von Fluoreszenzuntersuchungen wahrscheinlich machen konnte. Durch vorherige Perjodatbehandlung konnte gefolgert werden, daß ein Polysaccarid als Träger der antigenen Eigenschaften anzunehmen ist. Zuletzt soll noch erwähnt werden, daß das Serum von Colitis ulcerosa-Kranken nicht mit den Zellen eines Colonicarcinoms reagierte, daß also mit der neoplastischen Umwandlung die organisch spezifischen Antigeneigenschaften verloren gehen. Daß einige Autoren nie oder doch nur sehr selten Antikörper im Serum ihrer Patienten nachweisen konnten mag daran liegen, daß nicht so sehr freie Antikörper als vielmehr zellgebundene eine pathogenetische Bedeutung haben.

B r o b e r g e r und P e r l m a n n zeigten, daß in Gewebekulturen gezüchtete fetale Colonschleimhautzellen durch Leukozyten von Colitis ulcerosa-Kranken, jedoch nicht durch deren Seren geschädigt wurden. Da im Darmsekret von Kolitikern häufig reichlich Eosinophile gefunden wurden, nahm man verschiedentlich an, daß es sich um eine Erkrankung handle bei der exogene Antigene eine ursächliche Rolle spielen. Es wurden Nahrungsmittelallergene, insbesondere Milch angeschul-

digt.

R i d e r und M o e l l e r injizierten fragliche Allergene (Mehl-, Eier- und Milch-extrakte) in die Rektumschleimhaut und beobachteten danach entzündliche Lokalreaktionen. 75% der 28 getesteten Personen zeigten Überempfindlichkeitsreaktionen. 2/3 dieser Patienten zeigten ein gutes Ansprechen auf eine entsprechende Diät.

Im chirurgischen Schrifttum verdanken wir D e u c h e r eine Reihe von Arbeiten zum Thema Colitis ulcerosa. Außer ihm sei noch S t e l z n e r genannt. Bei therapeutischen Überlegungen spielt das Colitiscarcinom eine besondere Rolle. Es wird mit einer Häufigkeit von 2-3% angegeben. Wichtig ist, daß es nach 8jähriger Krankheitsdauer schon auf 25% und bei mehr als 10jährigem Bestehen der Colitis auf über 45% anwächst. Je jünger der Patient ist, umso gefährlicher ist das meist rasch wachsende, unreifzellige Neoplasma. Die sogenannte "ausgebrannt, chronisch-atrophische, nicht polypöse Schleimhaut" wird als Präkanzerose aufgefaßt. Therapeutisch wird von D e u c h e r die Überlegenheit der Rektokolektomie mit Ileostomie geschildert.

Auffallend sind in der chirurgischen Literatur psychopathologische Beobachtungen. D e u c h e r bemerkt, daß die Patienten im floriden kolitischen Schub oft eigenartig wirken, dagegen in der Remission und vor allem nach der Kolektomie im allgemeinen besser oder sogar vollkommen unauffällig sind. S p i e g e l b e r g weist in diesem Zusammenhang auf das "Psychom" H e l l p a c h ' s hin.

Wir möchten auch auf die Deutung der depressiven Syndrome während einer heftigen Phase der Erkrankung hinweisen, wie sie F r e y b e r g e r gegeben hat. Im Zusammenhang mit der

prompten Beseitigung neurotischer und psychopathischer Wesenszüge mit geglückter Operation warf Spiegelberg 1965 die Frage auf, ob die psychischen Abnormitäten bei Colitis ulcerosa primär pathogen oder sekundär symptomatisch seien. Er wies auf die Notwendigkeit katamnestischer Untersuchungen bei Kolektomierten hin.

Ähnliche Arbeiten sind hinsichtlich des Ulcus pepticum bekannt (Browning und Housworth, Neijmark, Kowalsky).

Es wird von chirurgischer Seite betont, daß die Kolektomie schon zahlreichen Kranken zu einem lebenswerten Leben verholfen habe und daß der Anus praeter verglichen mit chronischem Siechtum und der Möglichkeit eines postcolitischen Carcinoms das geringere Übel sei. Deucher berichtet von eindrucksvollen Fällen, in denen Patienten, die apathisch, ängstlich, hoffnungslos, mit hohen Temperaturen kamen, postoperativ afebril, ruhig und zufrieden vorgefunden wurden. Wichtig im Hinblick auf die Kolektomie ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Internisten und Chirurgen, um den richtigen Zeitpunkt der Operation nicht zu versäumen.

D. ERGEBNISSE, DISKUSSION, SCHLUSSFOLGERUNG.

Der wesentlichste Punkt der vorliegenden Arbeit war die Schilderung der katamnestischen Erhebungen. Zugrunde lag die Überlegung, daß bei den Patienten auf Neurosen-, Psychosen- oder organ-neurologischer Ebene neue Symptome

erscheinen müssen, eine psychische Dynamik als wesentliches pathogenetisches Moment bei der Colitis ulcerosa vorausgesetzt, wenn man den peripheren Manifestationsort der Erkrankung, das Colon, operativ entfernt.

Aus diesem Grund wies S p i e g e l b e r g in seiner Colitis-Monographie im Jahre 1965 auf die Bedeutung solcher Untersuchungen hin. Beschwerden von Seiten des Magen-Darm-Traktes traten bei 3 Patienten nach totaler bzw. sub-totaler Kolektomie nicht mehr auf. 2 Patienten klagten zwischenzeitlich über Meteorismus bzw. über Auftreten von wasserdünnen Stühlen. In 2 Fällen, subtotale Kolektomie mit End-zu-End Vereinigung zwischen Coecum und Rektum und linksseitige Kolektomie unter Belassung eines Rektumstumpfes, Anus praeter transversus, kam es zu Colitisrezidiven im Rektumbereich. Besondere Beachtung wurde dem Syndromwechsel geschenkt, das heißt einer Verschiebung der pathogenen Dynamik auf andere Organsysteme oder psychische Ebene. In einem Fall sahen wir, besonders im Hinblick auf die Arbeit von F r e y b e r g e r, eine mäßige Adipositas. Auffallend ist bei unserem unausgewählten Patientengut, daß wir nur in einem Fall keinen Syndromwechsel fanden.

Cephalgien traten bei 3 Patienten postoperativ auf, bei einer Patientin in phasischem Verlauf von jeweils 14 Tagen. Es fanden sich weiter bei 2 Patienten pektanginöse Beschwerden, bei 2 Patienten ausgeprägte Wetterfühligkeit, bei 3 Patienten Kreislaufstörungen, bei 3 Patienten Versagenszustände, bei 3 Patienten Nervosität, bei zwei Patienten nächtliches Erwachen mit starken Angstgefühlen, in einem Fall ausgeprägter Alkoholabusus. Wir wollen im Zusammen-

hang mit dem letztgenannten Patienten auf die Arbeit von W h i t l o c k hinweisen, der bei 56% eines 25 Personen umfassenden Patientengutes von Teilgastrektomierten Alkoholismus und Medikamentensucht fand; wir müssen betonen, daß unser Patient außer der Hemikolektomie einer 2/3 Resektion des Magens unterzogen wurde. Einer unserer Patienten entwickelte postoperativ eine erhebliche Cancerophobie. Bei ihm kam es nach subtotaler Kolektomie und End-zu-End Anastomose zwischen Coecum und Rektum zu völligem Verlust von Libido und erektiver Potenz; bei 2 weiteren Patienten kam es zu wesentlichem Nachlassen von Libido und Potenz. Bei einem der Letztgenannten war allerdings auch das Rektum extirpiert worden, sodaß es möglich erscheint, daß periphere Nerven durchgetrennt wurden und so die Symptome rein organisch erklärt werden könnten. Wir sind der Ansicht, daß das Verschwinden oder Nachlassen von Libido und Potenz bei Patienten, bei denen das Rektum belassen wurde doch als echtes "syndrome shift" angesprochen werden muß. Erwähnen wollen wir auch die 2 Fälle, bei denen neben der Colitis ulcerosa noch andere psychosomatische Erkrankungen auftraten. Einmal fand sich kurz vor Beginn der Colitis ein Asthma bronchiale, welches nach Beginn der Erkrankung nicht mehr auftrat. Wie wir oben schon sagten wurde dieses Zusammentreffen psychosomatischer Erkrankungen von S p i e g e l b e r g in seiner Colitis-Monographie ausführlich beschrieben. In einem anderen Fall fand sich das gleichzeitige Vorkommen von Colitis ulcerosa und Ulcus duodeni. Dieses Zusammentreffen scheint uns deshalb so interessant, weil es doch sehr gegen eine spezifische Ulcus- bzw. Colitispersönlichkeit spricht.

Da die Colitis ulcerosa ja durchaus nicht erstes Glied einer Kette sein muß, haben wir nicht nur Symptomentstehungen nach der Kolektomie sondern auch Auffälligkeiten im Auge gehabt, die vor dem Beginn der Darmerkrankung zu registrieren waren, mit dem Beginn der Colitis ulcerosa jedoch verschwanden.

In einem Fall handelte es sich um eine ausgeprägte Inappetenz und Schlaflosigkeit, in einem anderen um eine erhebliche depressive Verstimmung.

Wenn wir mit A l e x a n d e r die Polyarthritiden zum Kreis der psychosomatischen Erkrankungen rechnen, müssen wir noch hinzufügen, daß bei der letztgenannten Patientin bereits Jahre vor dem Beginn der Colitis eine Polyarthritiden auftrat, die nach einem symptomlosen Intervall mit dem zweiten Colitisschub erneut beobachtet wurde, sich mit den colitischen Beschwerden nach hohen Prednisolondosen besserte, erneut exacerbierte, um dann nach der Kolektomie innerhalb einer Woche ohne entsprechende Therapie völlig zu verschwinden.

In einem anderen Fall kam es im Verlauf der chronisch rezidivierenden Colitis ebenfalls zu arthritischen Beschwerden, die kontinuierlich zunahmen und sich nach der Hemikolektomie und Extirpation des Rektums noch erheblich verstärkten.

Uns fällt es schwer die Arthritis in den von uns gesehenen Fällen als psychosomatische Erkrankung zu sehen.

Seit Beginn psychosomatischer Überlegungen wird die Bedeutung biographischer Faktoren bei der Entstehung der Erkrankung diskutiert. Wir haben biographische Auffälligkeiten festgehalten, um ein möglichst genaues Bild unserer Patienten zu zeichnen.

In 2 Fällen gelingt offensichtlich nicht die Lösung vom Elternhaus, die jedoch aus beruflichen oder privaten Gründen notwendig wird. In 2 Fällen spielte eine Schwangerschaft eine zentrale Rolle. Eine Patientin hatte einen wesentlichen finanziellen Verlust zu erleiden. In einem anderen Fall schien neben dem Verlust des Elternhauses noch der Verlust eines Liebesobjektes wesentlich zu sein. In 2 Fällen war das zentrale Problem die Einpassung in einen Arbeitsraum, während in einem anderen Fall eine aussichtslose Lebenssituation dem Beginn der Colitis vorausging. Wir sind mit Alexander, Dunbar, Sperling und Groen der Meinung, daß bei der Auslösung der Erkrankung Frustrationserlebnisse, Verluste und Lebenssituationen, die der Patient durch seine Unfähigkeit oder die Umstände nicht ändern kann, eine wesentliche Rolle spielen können.

Cerebralorganische Auffälligkeiten fanden sich bei einem Patienten in der Form eines diskreten linkstemporalen Herdbefundes mit biphasischen Wellen, und merkwürdige Sensationen, die an Absenzen erinnerten.

Sehr eng scheint die Beziehung zwischen Colitis ulcerosa und Depressionen zu sein. Einen sehr interessanten Beitrag zu diesem Thema finden wir in der jüngeren Literatur bei Freyberger.

Nur in einem unserer acht Fälle fanden wir keine depressiven Züge.

Deucher erwähnt schwer depressive, adynamische Bilder bei akut-toxisch verlaufenden Colitiden und betont, daß man diese Patienten oft sehr bald nach dem schweren Eingriff einer totalen Kolektomie erstaunlich gebessert, frei von depressiven Zügen, hoffnungs-

voll vorfinde. L o p e z - I b o r und S p i e g e l b e r g haben auf dieses adynamisch-depressive Begleitsyndrom hingewiesen. Wir fanden es anamnestisch in einem Fall. Bei unseren Patienten gingen in 2 Fällen Depressionen der Colitis voraus. In einem dieser Fälle verschwanden die Depressionen mit dem Beginn des ersten Colitisschubes, um dann beim zweiten wieder aufzutreten; bei der anderen Patientin kam es mit dem Beginn der Colitis zur Verstärkung der Depression, In anderen Fällen kam es jeweils synchron zur Verstärkung der Darmsymptome und der psychischen Symptomatik, die erstmalig mit dem Beginn der Colitis ulcerosa aufgetreten war.

Bei einer Patientin traten die Depressionen zunächst intermittierend zu der Colitis auf, um im späteren Verlauf der Erkrankung dann auch in der Intensität der Darmsymptomatik zu folgen.

Bei einer Patientin bestanden angeblich nie depressive Verstimmungen und bei 4 Patienten verschwanden diese Symptome nach der totalen oder partiellen Kolektomie völlig. Zwei Patienten klagen auch nach der Kolektomie über ängstlich-depressive Verstimmungszustände, wozu in einem Fall noch eine Cancerophobie kam, dies ist im Gegensatz zu einem Patienten, der ein depressives Bild nur dann entwickelt, wenn er nach Diätfehlern durchfällige Stühle entleert, unabhängig von Magen-Darm-Symptomen. In der Literatur wird das auffällig häufige gemeinsame Vorkommen von Colitis ulcerosa und Depression immer wieder, wenn auch verschiedenen gedeutet oder bewertet, erwähnt. Im Gegensatz zu hier genannten und der vorliegenden

Arbeit stehen die Untersuchungen von D a n i e l s und Mitarbeitern. Sie fanden bei einem Patientengut von 57 Kolitikern $1/3$ Schizophrene. Bei dem Studium der genannten Arbeit wird jedoch deutlich, daß D a n i e l s die Diagnose Schizophrenie wesentlich leichter stellt, als es zum Beispiel an unserer Klinik der Fall ist.

Schizophrene oder schizoide Bilder haben wir nicht gesehen. Die Depressionen bei unseren Patienten bewegen sich zwischen reaktiven und endogenen Depressionen (nach K i e l h o l z, zit. bei F r e y b e r g e r). In einem Fall mußte außerdem der Verdacht auf eine Involutionsdepression geäußert werden und bei den zur Zeit colitischer Schübe auftretenden Verstimmungen sind wir geneigt depressive psychische Begleitsymptome im Sinne des Psychoms (H e l l p a c h, zit. bei L o p e z - I b o r) anzunehmen.

Bei der Betrachtung der Krankheitsabläufe scheint die Ansicht von F r e y b e r g e r sehr bestechend, daß es sich um chronifizierte depressive Syndrome handle, die nach Versagungen im Sinne von Objektverlusten auftreten und für deren Verstärkung das reaktive Erleben des destruierenden Organprozesses entscheidend sei. In den Phasen der Besserung der Darm-symptomatik bestehe die Angst vor neuen Schüben fort. So kommt es zu einer angsthaft besetzten Dauerdepressivität, die während körperlicher Stabilisierung latent bleibt, bei den geringsten Vorboten eines Rezidivs jedoch wieder manifest wird und parallel zu dessen Aktivität zunimmt. Die hier vorliegende Arbeit ist in unmittelbarer Analogie zu der K o w a l s k y ' s, ebenfalls

aus der Arbeitsgruppe von S p i e g e l b e r g, entstanden, die sich mit dem Auftreten psychischer und körperlicher Symptome nach Gastrektomie befaßte. Vergleichen wir diese Ergebnisse mit denen der vorliegenden Arbeit so müssen wir feststellen, daß offensichtlich die Beziehung zwischen Colon und Psyche doch wesentlich enger zu sein scheint als zwischen Magen-Duodenum und Psyche.

Zusammenfassend müssen wir sagen, daß bei der überwiegenden Anzahl unserer Patienten nach der Darmoperation neue Symptome auftraten. Die Frage warum sie auftraten, vermögen wir nicht zu beantworten. Wir sind der Meinung, daß ihr Erscheinen dafür spricht, daß es sich bei der Colitis ulcerosa um eine Allgemein-erkrankung und nicht um eine lokale Dickdarm-erkrankung handelt. Da psychische Momente bei der Erkrankung irgendeine Rolle spielen, sollte bei dem derzeitigen Stand der Erforschung der Colitis ulcerosa therapeutisch eine Zusammenarbeit von Internisten, Chirurgen und Psychiatern immer angestrebt werden.

E. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 4 Patientinnen und 4 Patienten untersucht, die wegen einer Colitis ulcerosa einer Kolektomie oder Teilkolektomie unterzogen worden waren. Auf eine ausführliche biographische, internistische und chirurgische Anamnese wurde Wert gelegt.

Die Untersuchung bestand aus körperlicher Durchuntersuchung, ausgedehnter Exploration mit psychopathologischer Befunderhebung und, soweit möglich, neuroradiologischer und elektroencephalographischer Untersuchung.

Vor der Colitismanifestation fand sich bei 2 Patienten ein psychiatrisches Symptom, das mit dem Beginn der Erkrankung verschwand. In einem Fall ging ein Asthma bronchiale voraus. Während der Darmkrankheit traten in 7 Fällen zum Teil erhebliche depressive Verstimmungen auf. In einem Fall bestand gleichzeitig ein Ulcus duodeni. Nach der Operation traten folgende Symptome auf, die vor oder während der Darmerkrankung nicht bestanden hatten: 1 mal Adipositas, 3 mal Cephalgien, 3 mal Kreislaufstörungen, 2 mal pektanginöse Beschwerden, 2 mal ausgeprägte Wetterfühligkeit, 3 mal quälende Unruhe- und Spannungszustände, 3 mal asthenische Versagenszustände, 2 mal nächtliches Erwachen mit unbestimmten Angstgefühlen, 1 mal Cancerophobie, 1 mal starker Alkoholabusus, 1 mal Verlust und 2 mal Nachlassen von Libido und Potenz. Bei einem Patienten wurde ein EEG-Befund erhoben, dem klinisch ein an Absenzen erinnerndes Bild entsprach. In 2 Fällen kam es im verbliebenen Rektum zu Rezidiven. 2 Patienten klagten postoperativ über Meteorismus und Diarrhoen. 3 Patienten

waren seitens des Magen-Darmtraktes völlig beschwerdefrei. Nur eine Patientin war im körperlichen und psychischen Bereich frei von Symptomen.

In einer Literaturübersicht und Diskussion werden die verschiedenen Theorien zur Entstehung der Colitis ulcerosa berücksichtigt. Es ergeben sich besonders Parallelen und Analogien zu den klinischen Verläufen der wegen Ulcus pepticum Teilgastrektomierten. Den eigenen katamnestischen Ergebnissen entsprechende Mitteilungen haben wir in der Literatur nicht gefunden.

Die außerordentlich häufige Symptomneubildung bei Kolektomierten wird betont und unter dem Gesichtspunkt des Syndrom-Wechsels betrachtet. Warum es dazu kommt kann nicht beantwortet werden. Ihr Auftreten spricht jedoch dafür, daß es sich bei der Colitis ulcerosa nicht um eine lokale Dickdarmerkrankung sondern um eine Allgemeinerkrankung handelt.

Das häufige Vorkommen psychiatrischer und neurologischer Symptome legt die grundsätzliche Einbeziehung des Nervenarztes im Rahmen der Colitisforschung und Colitis-therapie nahe.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. A l e x a n d e r, F.: Psychosom. Medizin
W.de Gruyter, Berlin, 1951
2. A r t h u r, B.: Role perceptions of
Children with ulcerative colitis.
Arch.Gen.Psychiat. 8,6 (1963) 536-545
Ref.: Neurology and psychiatry 17,1 (1964) 972
Ref.: Psychosom.Med. 21 (1959) 78
3. A y l e t t, S.O.: Three hundred Cases of
diffuse ulcerative Colitis treated by total
colectomy and Ileo-Rectal anastomosis.
Brit.med.J. 1 (1966) 1001-1005
4. B a d a l, D.W.: zit. bei Kowalsky
5. B a r g e n: zit. bei Deucher (1954)
6. B a r t e l h e i m e r, H. u. M ü l l e r -
W i e l a n d, K.: Die Verschiedenheit der
Colitis.
Dtsch.med.J. 10 (1966) 277-282
7. B e a n, R.H.D.: Treatment of Ulcerative
Colitis with Antimetabolites.
Brit.med.J. 1 (1966) 1081-1084
8. B e l o v, V.P.: Psychic Disorders in
Patients with Ulcerative Colitis.
Vestn.Akad.Med.Nauk.SSSR. 10 (1963) 82-90
9. B e r b l i n g e r, K.W. u. G r e e n h i l l
M.H.: Levels of Communication in Ulcerative
Colitis.
Psychosom.Med. 16 (1954) 2
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 26 (1955) 158
10. B i s c h o f, W.: Zur Entstehung des
neurogen ausgelösten akuten Lungenödems
und der akuten Magen-Darmblutungen.
Fortschr.Med. 6, 82 (1964) 193-197
11. B r e g m a n, E. and K i r s n e r, J.B.:
Some Properties of Colon Antibodies in
Ulcerative Colitis.
Fed.Proc. 20, 1 (1961) 13
12. B r e s s l e r, B.: Ulcerative Colitis as an
Anniversary Symptom.
Psychoanalyt.Rev. 43 (1956) 381
Ref.: Psychosom.Med. 21 (1959)
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 3 (1956) 155
13. B r o b e r g e r, O. und P e r l m a n n, P.:
bei Klese P. und Kunert W.
14. B r o w n, C.H.: Acute emotional Crises
an Ulcerative Colitis.
Amer.J.Dig.Dis. 8,6 (1963) 525-536

15. B r o w n i n g, J.S. and H o u s w o r t h J.H.: Developement of New Syntoms Following Medical and Surgical Treatment for Duodenal Ulcer.
16. C a s t e l n u o v o - T e d e s c o, P.:
Ulcerative Colitis in an Adolescent Boy
Subjected to a Homosexual Assault.
Psychosom.Med. 24 (1962) 148
17. C h a m b e r s, W.N. and R o s e n b a u m, M.:
Ulcerative Colitis.
Psychosom.Med. 15 (1953) 523
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 1 (1954)
18. C o l l, I. and S t e v e n s o n, D.L.:
Cases of infantile ulcerative Colitis.
Brit.med.J. 2 (1958) 925
Ref.: Psychosom.Med. 21 (1959) 71
19. C u r t i u s, F.: Die Colitis ulcerosa und ihre konservative Behandlung.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1962
20. D e r s.; und R o h r m o s e r, H.G.: Zur Psychotherapie der Colitis ulcerosa.
Dtsch.med.Wschr. 80 (1955) 1
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 4 (1957) 148
21. C u s h i n g, H.: Peptic Ulcer and the Interbrain.
Surg.Gynec.and Obstetr. 55 (1932) 1
22. D a n i e l s, G.E.: Psychiatric Factors in Ulcerative Colitis.
Gastroenterology 10 (1948) 59
23. D e r s.: Three Decades in the Observation and Treatment of Ulcerative Colitis.
Psychosom.Med. 24, 1 (1962) 87-93
24. D e m l i n g, L.: Die Colitis ulcerosa.
Fortschr.Med. 84, 7 (1966) 265-269
25. D e u c h e r, F.: Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa.
Verh.Dtsch.Ges. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh. 17. Tagung, Stuttgart-Bad-Cannstatt und Bad-Mergentheim, G.Thieme, Stuttg. 1953
26. D e r s.: Über die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa.
Dtsch.med.Wschr. 79 (1954) 1441
27. D e r s.: Die Colitis ulcerosa.
J.P. Peter, Rothenburg o.d. Tauber 1954
28. D e r s.: Zur Diagnose und Therapie der akuten Colitis ulcerosa.
Klin.Wschr. 33 (1955) 378
29. D e r s.: Colitis ulcerosa.
Langenb.Arch.klin.Chir., Verh.Dtsch.Ges.Chir. 73. Tag. Springer, Berlin-Göttig.-Heidelbg. 56

30. D e r s.: Kolektomie mit Ileostomie oder mit Anastomose.
Gastroenterologica 86 (1956) 741
31. D e r s.: Die Indikation zur chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa.
Wien.med.Wschr. 107 (1957) 1050
32. D e r s.: Ursachen und Entstehung der Colitis ulcerosa.
Wien.med.Wschr. 113 (1963) 745
33. D e r s.: Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa.
Dtsch.med.Wschr. 91,21 (1966) 1001-1003
34. D u n b a r, F.: Emotions an Bodily Changes.
Columbia Univ.Press. New York 1949
35. E n g e l, G.L.: Studies of Ulcerative Colitis. I. Clinical Data Bearing of the Nature of the Somatic Process.
Psychosom.Med. 16 (1954) 496-501
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 2 (1955) 157
36. D e r s.: Studies of Ulcerative Colitis. IV. The Significance of Headaches.
Psychosom.Med. 18 (1956) 334
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 4 (1957) 147
37. D e r s., R e i c h s m a n n, F. and S e g a l H.L.: A study of an Infant with a Gastric Fistula.
Psychosom.Med. 18 (1956) 374-398
38. E n k e, H.: Pathogenetische Faktoren bei Colitis ulcerosa.
Z.Psychotherap. u.Med.Psychol. 9 (1959) 54
Ref.: Psychosom.Med. 21 (1959) 494
39. D e r s.: Die Rolle der Psychotherapie in der Behandlung der Colitis ulcerosa.
Med.Klin. 58 (1963) 478
40. F a h r l ä n d e r, H.: Pathogenese, Verlauf und Therapie der ulcerösen Colitis.
Schw.med.Wschr. 92 (1963) 1235
41. D e r s.: Colitis ulcerosa.
Dtsch.med.Wschr. 91 (1966) 1953-1959
42. F e i e r e i s, H., K a m r o w s k i, K. und R o h r m o s e r, H.G.: Colitis ulcerosa und Psyche.
Arch.Psychiatr.u.Z.Neurol. 202 (1962) 657
43. F o n t a n a, A.E.: Colitis ulcerosa: Presentazione de un caso.
Rec. psicoanal. 15 (1958)
Ref.: Psychosom.Med. 21 (1959) 171

44. Freyberger, H.: Depressive Syndrome bei chronisch internistischen Erkrankungen - dargestellt am Beispiel der Adipositas und der Colitis ulcerosa.
Ärztl.Forschg. 20, 4 (1966) 169-176
45. Ders., und Müller-Wieland, K.: Kombiniertes internistisch-psychosomatischer Therapieansatz bei Colitis ulcerosa.
Med.Klin. 61, 6 (1966) 228-230
46. Fullerton, D.T., Kollar, E.J. u. Caldwell, A.B.: A clinical Study of Ulcerative Colitis.
J.Am.med.Ass. 181, 6 (1962) 463-471
47. Glatzel, H.: Colitis ulcerosa-
In Handb.Neurol.u.Psychotherap., Urban u. Schwarzenberg
München und Berlin, II.Bd. (1959) 449
48. Graddock, Ch.G.jr.: Chronic Ulcerative Colitis.
Psychosom.Med. 15 (1953) 531
Ref.: Z.Psychom.Med. 1 (1955)
49. Gray, N., Mackay, J.R., Taft, L.I., Weiden, S. and Wood, J.J.: Hepatitis and Lupus Manifestations.
Am.H.Dig.Dis. 3 (1958) 481
50. Groen, J.: Psychogenesis and Psychotherapy of Ulcerative Colitis.
51. Ders., Bastiaans, J. und Vles, S.J.: zit. bei Schwidder, Documenta Geigy
52. Hegemann, G.: Chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa.
Dtsch.med. Wschr. 88 (1963) 415
53. Helleman, N.: Toximegacolon in Nectrotic Ulcerative Colitis.
Nederl.T.Geneeskde 108, 5 (1964) 207-215
54. Hellpach, W.: zit. bei Lopez-Ibor
55. Hiatt, R.B., Katz, L.: Mast Cells in Inflammatory Conditions of the Gastro-intestinal Tract.
Am.J.Gastroent. 37,5 (1962) 541-545
56. Hohensee, F.: Colitis ulcerosa
Therap.Gegenwart 102, 8 (1963) 925-928
57. Irre, B.I.E.: Psychosomatische Aspekte bei Magen-Darmstörungen.
Ref.: Z.Psychosom.Med. 2 (1955) 157
58. Jellicke, S.E.: zit. bei Dunbar

59. K a h a n a, R.J.: A Remission through Crisis
in Ulcerative Colitis.
Psychosom.Med. 24 (1962) 449
60. K a r u s h, A. u. D a n i e l s, G.:
Ulcerative Colitis.
Psychosom.Med. 15 (1953)
61. D e r s s., H i a t t, R.B. und D a n i e l s
G.: Psychophysiological Correlations in
Ulcerative Colitis.
Psychosom.Med. 17 (1955) 1
Ref.: Z.Psychosom. 2 (1955) 157
62. K i r s n e r, J.B. und B r e g m a n, E.:
Antigenic Specifity of Colon Mucosa.
Fed.Proc. 20, 13 (1962)
63. K l e s s e, P. und K u n e r t, W.: Die
Colitis ulcerosa aus internistischer Sicht.
Med. Welt 50 (1965) 2817
64. K ü h l e r, R.: Internistisch-chirurgischer
Aspekt der Colitis ulcerosa.
Zbl.Chir. 91, 37 (1966) 1352-1357
65. K o l l a r, E.J., F u l l e r t o n, D.T.,
D i C e n s o, R. und A g l e r, Ch.F.:
Stress Specifity in Ulcerative Colitis.
Comprehens.Psychiat. 5,2 (1964) 101-102
Ref.: Neurology and Psychiatry 17,2 (1964)
66. K o w a l s k y, H.: Dissertation 1965
67. K u h l m a n n, F.: Pathogenetische und
therapeutische Probleme der Colitis ulcerosa.
Z.ärztl.Fortb. 52 (1963) 15
68. L i e m e r, M.D.: New Frontiers in Ulcera-
tive Colitis.
Am.J.Dig.Dis.N.S. 3 (1958) 953
69. L i n d e m a n n, E.: Zit. bei Dunbar
70. L o p e z - I b o r, J.J.: Psychosomatische
Forschung.
In Psychiatry der Gegenwart, Bd. I.p. 77
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963
71. L y o n s, C.K., P o s t l e t h w a i t,
R.W.: Chronic Ulcerative Colitis in Twins.
Gastroenterology 10, 3 (1948) 545-550
72. M e y e r, B.C.: Alcuni Aspetti psichiatrici
della Colite ulcerosa chronica.
Med.Psicosomat. 2 (1956) 116
Ref.: Ztschr.Psychosom.Med. 4 (1957) 148
73. M i t s c h e r l i c h, A.: zit bei
Lopez-Ibor.
74. M o h r, G.J.: Psychologic Aspects of
Ulcerative Colitis.
Am.J.Gastroent. 34 (1960) 46

75. D e r s., J o s s e l y n e, I.M.
S p u r l o c k, J. und B a r r o n, S.H.:
Studies in Ulcerative Colitis.
Am.J.Psychiat. 114 (1958) 1067
76. M u r r a y: zit. bei Dunbar
77. N a v r a t i l, L.: Zur Psychodynamik
der Colitis ulcerosa.
Wien.med.Wschr. (1954) 156
78. N e i j m a r k, L.O.: Probleme der Klinik
und Pathogenese der nach Magenresektionen
entstehenden Asthenien.
Therap.Arch. 28 (1956) 156
79. O' C o n n e r, J.F., D a n i e l s, G.,
K a r u s h, A., M o s e s, L., F l o o d,
Ch. und S t e r n, L.C.: The Effect of
Psychotherapie on the Course of Ulcerative
Colitis.
Am.J.Psychiat. 120, 8 (1964) 738-742
Ref.: Neurology and Psychiatry, 17,2 (1964)
80. D i e s.: An Evaluation of the Effectivness
of Psychotherapy in the Treatment of
Ulcerative Colitis.
Ann.Intern.Med. 60 (1964) 587-602
81. P a l m e r, W.L.: Chronic Ulcerative
Colitis.
Gastroenterology 10 (1948) 767
82. P a n e t h, H.G.: Some Observations on
the Relation of Psychotic States to
Psychosomatic Disorders.
Psychosom.Med. 21 (1959) 106-109
83. P o w l e s, W.E.: Ulcerative Colitis.
Criteria of a Psychosomatic Disease.
Canad.Psychiat.Ass.J. 9,1 (1964) 51-56
84. P o w e r s, D. und M o K a y, B.M.: zit.
bei Schwidder, Documenta Geigy
85. R a t h, O.: Heutige Anschauungen über
die Colitis ulcerosa.
Med.Klin. 58 (1963) 259
86. R e i f f e r s c h e i d, M.: Die
operative Behandlung der Colitis ulcerosa.
Med.Klin. 61, 4 (1966) 121-124
87. R i d e r, J.A. und M o e l l e r, H.C.:
zit. bei Klesse P. und Kunert W.
88. R u b i n, J., P a y s o n, H. und P i l o t,
M.: Psychosomatic Case Conference.
Psychiat.Quart. 37, 1 (1963) 25-52

89. S a m p s o n, R.A., W i n s t o n e, N.E.,
B r o o k e, B.N.: Adenal Function in
Surgical Patients after Steroid Therapy.
Lancet (1962) 322-325
90. S c h e l l a c k, D.: Neurosenpsychologische
Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese
der afebrilen Colitis ulcerosa chronica.
91. S c h w i d d e r, W.: Psychische Faktoren
bei Magen- und Darmerkrankungen.
Z.Psychosom.Med. 1 (1954) 4
92. D e r s.: Grundsätzliches zur Entstehung
psychosomatischer Krankheitssymptome.
Z.Psychosom.Med. 5 (1958) 238
93. D e r s.: Acta psychosomatica 7
94. S c h u l z - H e n k e, H.: Zit. bei
Lopez-Ibor.
95. S i m, M., und B r o o k e, B.N.: Ulcerative
Colitis tests of a Psychosomatic Hypothesis.
Lancet II (1958) 126
Ref.: Z.Psychosom.Med. 21 (1959) 69
96. S p e n c e r, J.A., K i r s n e r, J.B.:
The Treatment of Ulcerative Colitis.
Am.J.Gastroent. 37, 1 (1962) 17-23
97. S p e r l i n g, M.: Psychoanalytische Studie
über einen Fall von Colitis ulcerosa chronica.
Z.Psychoanalyt.Med. 9 (1963) 5
98. D i e s.: The Psychoanalytic Treatment of
Ulcerative Colitis.
Intern.J.Psychoanalyt. 38 (1957) 341
Ref.: Zbl.Ges.Neurol. 144 (1958) 243
99. S p e r a n s k y: zit. bei Schwidder 1954
100. S p e r l i n g, M.: Psychiatrische Aspekte
der ulcerativen Colitis.
Z.Psychosom.Med. 5 (1958) 171
101. S p i e g e l b e r g, U.: Über Beziehungen
endogener Psychosen zu körperlichen Krank-
heiten.
Fortschr.Neurol 23 (1959) 221
102. D e r s.: Residualschäden nach gewerblichen
Vergiftungen. (medizinisch-psycholog. Aspekte)
Fortschr.Med. 15,80 (1962) 561-567
103. D e r s.: Zum Problem der Psychogenie.
Festschr.Bürger-Prinz, Randzonen
menschlichen Verhaltens.
Enke, Stuttgart 1962
104. D e r s.: Psychosomatische Probleme in
psychiatrischer Sicht.
Med.Welt (1962) 1681

103. D e r s.: Zum Problem der Psychogenie.
Festschrift Bürger-Prinz, Randzonen
menschlichen Verhaltens.
Enke, Stuttgart 1962
104. D e r s.: Psychosomatische Probleme
in psychiatrischer Sicht.
Med. Welt (1962) 1681
105. D e r s.: Psychiatrisch-neurologische
(psychosomatische) Aspekte bei Magen-
Darmkrankheiten.
Vortrag Hamburger Symposium vom 13. und
14. Juni 1962, Hamburg
106. D e r s.: Zur Psychosomatik des Ulcus
pepticum und der Colitis ulcerosa.
In Befinden und Symptom, Karl Schattauer
(1964)
107. D e r s.: Colitis ulcerosa in psychiatrisch-
neurologischer Sicht.
Enke, Stuttgart (1965)
108. D e r s.: Zur Psychosomatik des Syndrom-
wechsels.
Z.Psychotherapie u.med.Psychologie (1966)
109. S t ä e h e l i n, A.: Zur Behandlung der
Colitis ulcerosa.
Sch.med.Wschr. 93, 25 (1963) 918-919
110. S t e i l z n e r, F.: zit. bei Spiegelberg
111. S u l l i v a n, A.J.: Psychogenic Factors
in Ulcerative Colitis.
Am.J.Dig.Dis. 2 (1936) 651
112. T i t c h e n e r, J.L., R i s k i n, J.
und E m e r s o n, R.: The Family in
Psychosomatic Process.
Z.Psychosom.Med. 22,2 (1960) 127-142
113. T ö n n i s, W. und B i s c h o f, W.:
Störungen innerer Organe bei Erkrankungen
des Gehirns und des Rückenmarkes.
J.A., Barth, Leipzig (1961)
114. W a r r e n, I.A. und C o b e r n i c k, S.:
Studies with Experimental Neuroses and
Druginduced Ulceration of the Colon in Dog.
Z.Psychosom.Med. 22 (1960)
115. W e i n s t o c k, H.L.: Successfull Treat-
ment of Ulcerative Colitis by Psychoanalyst.
J.Psychosom.Med. 21 (1959) 78

116. W e i t b r e c h t, H.J.: Kritik der Psychosomatik.
G. Thieme, Stuttgart (1955)
117. D e r s.: Psychiatrie im Grundriß.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg (1963)
118. W i n z e n r i e d, F.J.M.: zit bei Freyberger
119. W h i t l o c k, F.A.: Some Psychiatric Consequences of Gastrektomie-
Brit.med.J. 1 (1961) 1560
120. W i t t i g, G. und W i l d n e r, G.P.: Das klinisch-pathologische Syndrom der Colitis ulcerosa und granulomatosa aus der Sicht des Chirurgen.
Dtsch.Gesund.Wes. 21, 39 (1966) 1854-1865
121. W o l f, H.G. und Mitarbeiter: zit. bei Dunbar
122. Z e t z e l, L.: Moderne Therapie der Colitis ulcerosa.
Selecta 8, 4 (1966) 184-187

L e b e n s l a u f

Am 14. Oktober 1939 wurde ich als Sohn der Eheleute Regierungsrat Dr. Eduard Puhl und Frau Ursula geb. Matsko in Kassel geboren. 1940 wurde ich in die Volksschule eingeschult, ab Ostern 1950 besuchte ich das Realgymnasium in Melsungen, das ich im Frühjahr 1959 nach bestandenem Abitur verließ, um in Marburg/Lahn Medizin zu studieren.

Im April 1960 bestand ich dort das Vorphysikum und im Sommer 1961 das Physikum. Anschließend studierte ich in Freiburg, Göttingen und Marburg, wo ich am 18.3.1965 mein medizinisches Staatsexamen bestanden habe.

Während meiner Medizinalassistentenzeit habe ich 2 Monate auf einer psychiatrischen Station der Universitäts-Nervenklinik Marburg/Lahn, 9 Monate auf der internistischen, 10 Monate auf der chirurgischen Station des Kreiskrankenhauses Rotenburg/F und 4 Monate auf einer geburtshilflich-gynäkologischen Station der Kreisfrauenklinik Gudensberg gearbeitet.

Seit dem 13.3.1964 bin ich verheiratet und habe meinen ersten Wohnsitz in Wangen, Karl-Speidelstr.18

Meine akademischen Lehrer waren die Herren
Professoren, Dozenten und Oberärzte:

Marburg: Beckmann, Berendes, Deicher, Dimroth,
Dittrich, Dölle, du Mesnil, Exner, Förster,
Gedigk, Hamm, Hartmann, Hensel, Heuser,
Hildebrand, Hornung, Huber, Jacob, Kessler,
Knauff, Linneweh, Lübbers, Löhr, Mahr, Marx,
Maurath, Niessing, Oehmig, Oksche, Petry, Schrappe
Sauer, Schwaiger, Schultze, Schmid, Schmidt,
Schmitz, Siess, Siegert, Spiegelberg, Straub,
Streicher, Seidel, v. Manger-König, Vogt,
Walcher, Wendt

Freiburg: Bilger, Büchner, Haas, Heilmeyer,
Hoffmann, Krauss, Rehn, Schubotho, Stegmann,
v. Pein, Wöhler

Göttingen: Bushe, Doering, Erdmann, Hellner,
Koncz, Kirchhoff, Lendle, Linzbach, Schoen H.,
Schoen R., Schweer, Schmidt-Matthiesen, Spiess,
Stadtmüller, Vogt, Witt

